WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU.

Organ für die gesammte praktische Heilkunde

sowie für die

Interessen des ärztlichen Standes

unter Mitwirkung der Professoren

Baccelli (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel)

redigirt von

Privatdocent Dr. HEINRICH PASCHKIS.

Verlagseigenthum von ALFRED HÖLDER, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Die **„Wiener klinische Rundschau“** erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen, die dazu gehörige Gratisbeilage **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** in jährlich 6 Heften von circa 2 Bogen. **Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn** ganzjährig 10 fl., halbjährig 5 fl., vierteljährig 2 fl. 50 kr.; für das **Deutsche Reich** ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die **übrigen Staaten** ganzjährig 25 Frcs., halbjährig 12 Frcs. 50 Ctms. **Bestellungen** übernehmen alle Buchhandlungen, Postämter und die Verlagshandlung, an welch letztere auch die **Insertionsaufträge** zu senden sind. Für die **Redaction** bestimmte Zusendungen sind an **Dr. Heinrich Paschkis in Wien**, I., Rudolfsplatz 12, zu richten.

IX. Jahrgang. Wien, 3. März 1895. Nr. 9.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber die Behandlung mit Wärme

von Dr. **Eduard Welander** in Stockholm,

und über einen für die Erhaltung constanter Wärme construirten Apparat (Hydrothermostat)

von Dr. **E. Berlien** in Stockholm.

Auf dem zweiten internationalen dermatologischen Congress zu Wien im Jahre 1892 machte ich die Mittheilung, dass ich durch eine 48stündige örtliche Anwendung von Wärme (ungefähr 41° C.) im Stande gewesen war, die Virulenz weicher Chankergeschwüre zu vernichten. Im folgenden Jahre veröffentlichte ich in «Nordiskt Mediciniskt Arkiv» einen näheren Bericht über 140 Fälle von weichem Chanker und 22 Fälle von virulenten Bubonen, die ich alle in dieser Weise behandelt hatte (Versuche, weiche Chanker mittelst Wärme zu behandeln). Das Ergebniss war ein äusserst günstiges gewesen. Die Methode hatte jedoch eine Ungelegenheit gezeigt, indem nämlich grosse Aufmerksamkeit erforderlich war, um die Temperatur in dem Geschwüre constant bei ungefähr 41° C. zu erhalten, was auch dann noch der Fall war, als ich mir einen viel besseren Apparat als den in meinem ersten Aufsatz beschriebenen angeschafft hatte. Da ich nun meine Erfahrung betreffs des grossen Vorzuges dieser Methode vor anderen Behandlungsweisen des weichen Chankers noch bedeutend erweitert habe und da es einem jungen Arzte in Stockholm, Herrn Dr. Berlien geglückt ist, einen sich selbst regulirenden Apparat — Hydrothermostat — zu construiren, mittelst welchem man, wenn dieses erforderlich sein sollte, die Wärme Wochen hindurch an den Stellen constant erhalten kann, an denen sie angewandt werden soll, so scheint es mir nicht unzweckmässig zu sein, hier in Kürze über diese Methode und die von mir mit ihr gewonnenen Ergebnisse nochmals zu berichten.

Meine ersten Versuche mit der Wärmebehandlung wurden durch die Erinnerung an W. Boeck's (und Aubert's) Angaben verlanlasst, dass das Chankergift seine Inoculabilität bei ungefähr 41° C. verliert. Dieses schien mir zu zeigen, dass die Chankerbacterie — mag es nun der Ducrey'sche Bacillus sein oder nicht — bei einer solchen Temperatur stirbt. Ausserdem hatte ich in drei Fällen von weichem Chanker, wo der Patient einige Zeit hindurch an Fieber mit einer Temperatur von mehr als 39° C. krank lag, die Beobachtung gemacht, dass die Chankergeschwüre während dieser Zeit ohne die geringste Behandlung heilten.

Nachher bestärkten mich auch Experimente in dieser Ansicht. Ich machte nämlich im November 1892 zugleich bei einer mit weichen Chankern behafteten fieberfreien Person und einem Fieberpatienten mit einer Temperatur von mehr als 39° C. Inoculationen von dem Gifte eines weichen Chankers. Bei dem fieberfreien Patienten war das Resultat der Inoculation positiv, bei dem anderen negativ. Kurze Zeit nachher erneute ich diesen Versuch, jedoch mit dem Unterschiede, dass ich diesmal das Gift nicht dem Chankerpatienten selbst, sondern zwei anderen Personen einimpfte. Bei der fieberfreien Person entwickelte sich ein typischer weicher Chanker, während bei dem Fieberpatienten (mit einer Temperatur von mehr als 39° C.) die Inoculation ohne Wirkung blieb.

Alles dieses scheint mir mit Gewissheit darzuthun, dass das Gift des weichen Chankers, d. h. seine Bacterie getödtet wird, wenn man den Chanker eine nicht allzu kurze Zeit hindurch einer Temperatur von 39—40° C. oder darüber aussetzt.

Sollte man nun aus der Kenntniss hievon einigen Nutzen für therapeutische Zwecke ziehen wollen, so muss man es selbstverständlich versuchen, die Wärme bei den Patienten nur örtlich in Anwendung zu bringen. Die Leiter'schen*) Wärmeregulatoren gaben mir eine gute Anweisung, wie dieses auszuführen wäre. Ich versuchte es, ungefähr 40—42° C. warmes Wasser ununterbrochen durch bleierne, in verschiedener Weise gebogene und, mit feuchter Baumwolle umwickelte so nahe über dem Geschwüre wie möglich angebrachte Röhren von beinahe denselben Dimensionen wie die Leiter'schen Wärmeregulatoren rinnen zu lassen. Das Resultat war in dem ersten Falle, wo ich diese Behandlungweise anwandte — gegen einen virulenten Bubo, der sich trotz verschiedener Behandlung während zweier Monate mehr und mehr vergrösserte — überraschend günstig; schon nach 24 Stunden war nämlich der Bubo bedeutend reiner geworden, und nach drei Tagen war die Virulenz verschwunden. Durch das hier erhaltene günstige Resultat ermuntert, habe ich seitdem die allermeisten der in meiner Abtheilung vorkommenden Fälle von weichem Chanker mit Wärme behandelt, wobei ich jetzt in folgender Weise vorgehe. In einem besonderen, mir im Krankenhause St. Göran für die Wärmebehandlung überlassenen kleinen Zimmer ist ein Hydrothermostat aufgestellt, von dem das warme Wasser durch einen Kautschukschlauch in die bleiernen Röhren geleitet wird, aus denen es dann durch wieder einen Kautschukschlauch in eine Abflussröhre kommt. Der Hydrothermostat ist mit zwei solchen Leitungen versehen, sodass zwei Patienten auf einmal behandelt werden können. Sollte ein Patient Chankergeschwüre an mehreren Stellen, z. B. an dem Penis und an der einen oder an beiden Leisten haben, so sind selbstverständlich nicht mehrere Leitungen erforderlich, denn von den bleiernen Röhren an dem Penis wird das Wasser durch einen kleinen Kautschukschlauch in die bleiernen Röhren an den Leisten geleitet, aus denen es dann durch einen Abflussschlauch abrinnt. Die Temperatur in den Geschwüren beruht natürlicherweise darauf, welche Temperatur das Wasser im Hydrothermostat hat und welchen Verlust an Wärme es auf seinem Wege von ihm bis in die Geschwüre erleidet. Dadurch, dass ich neben einem Geschwüre z. B. an der Pars pendula, ein Thermometer anbrachte, habe ich ermittelt, dass das Wasser bei seinem Abfluss aus dem Hydrothermostat eine Temperatur von ungefähr 50°. haben muss, um bei gewöhnlicher Zimmertemperatur in den Geschwüren eine Temperatur von ungefähr 41° C. hervorrufen und möglichst constant erhalten zu können. Wir haben constatirt, dass in der gewünschten Temperatur im (Neben-)Geschwüre (41° C.) während mehrerer Stunden kaum ein Unterschied von einem halben Grad entstanden ist, wenn während dieser Zeit die Temperatur im Hydrothermostat bei ungefähr 50° C. erhalten wurde.

Von grossem Gewicht ist es, dass die Wärme alle Theile des Geschwüres trifft. Durch die Haut wird sie sehr schlecht fortgepflanzt, und es ist daher, wenn das Geschwür am Sulcus sitzt, unbedingt nothwendig, das Präputium vollständig zurückzustreifen, damit die Wärme nicht verhindert werde, in hinreichender Menge in das Geschwür zu dringen. Ebenso ist es aus demselben Grunde nothwendig, den Rand des Geschwüres, wenn er unterminirt ist, aufzuheben oder wegzuschneiden.

Nachdem das Geschwür gereinigt und bei Bedarf, sein Rand weggeschnitten worden ist, werden in dasselbe kleine, in warmes Wasser getauchte Bällchen von Baumwolle gelegt und dann sorgfältig an alle seine Theile angedrückt, worauf man beim Manne das Glied mit einigen Lagen in warmes Wasser getauchter Watte umhüllt, hierüber die bleierne Röhre windet und nachher alles mit einer Lage warmer, feuchter Watte umwickelt und darüber Guttaperchataffet bindet. Um dem Patienten Gelegenheit zu geben, Urin zu lassen und zu Stuhle zu gehen u. s. w., werden diese Verbände dreimal des Tages gewechselt. Dass der Patient während der Behandlung mit Wärme zu Bett liegen muss, ist selbstverständlich.

Bei der Behandlung eines virulenten Bubonen oder eines Chankergeschwüres an den weiblichen Geschlechtstheilen oder an einer anderen Stelle des Körpers, z. B. in der Analöffnung, muss man die bleiernen Röhren natürlicherweise so biegen und so über dem Geschwüre anbringen, dass alle seine Theile von der Wärme auch wirklich getroffen werden. Es ist natürlicherweise nöthig, dass die Person, welche die Umlegungen besorgt, was in meiner Abtheilung eine Krankenwärterin thut, darin einige Erfahrung und Gewandtheit besitzt, vor allen Dingen, dass sie dabei mit grosser Genauigkeit und Sorgfalt zuwege geht.

Bei einer solchen Behandlung sieht man in demAussehen der Chankergeschwüre bald eine Veränderung eintreten: schon nach 10—12 Stunden fängt ihr gelber Boden an zu verschwinden; nach 1 Tage sehen sie oft schon rein aus und fangen an sich zu füllen, die Infiltrationen um sie herum sind verschwunden und die Secretion hat beinahe ganz aufgehört; nach zwei Tagen sind sie in der Regel in ganz reine Wunden mit feinen, leicht blutenden kleinen Granulationen verwandelt, und oft zeigt sich dann schon eine eintretende Heilung. Sollte ein Hautlappen weggeschnitten sein, so sieht diese kleine Schnittwunde oft noch nicht granulirend, sondern etwas grauroth aus, doch ist hier selbstverständlich keine Virulenz vorhanden.

In den allermeisten Fällen sind die Wunden nach zwei Tagen vollständig rein; sollte es jedoch, wenn der Patient z. B. eine Menge Geschwüre gehabt hat, vorkommen, dass in dem einen oder anderen derselben die Virulenz noch nicht vollständig vernichtet ist, oder, wenn er ein grösseres unterminirtes Geschwür oder einen grossen virulenten Bubo gehabt hat, dass irgend ein Punkt in dem Geschwür oder in dem Bubo noch verdächtig aussieht, so thut man gut daran den Patienten noch für einen oder möglicherweise zwei Tage der Behandlung mit Wärme zu unterwerfen, weil es sonst nöthig sein könnte, die Wärmebehandlung noch einmal anzuwenden.

Wird die Behandlung mit Wärme, wenn nach zwei Tagen die Geschwüre ihre Virulenz verloren haben, noch länger fortgesetzt, so befördert dieses die Heilung. Da aber der Platz in dem für diese Behandlung eingerichteten Zimmer im Allgemeinen für neue Patienten gebraucht wurde, auch die Patienten müde waren, still zu liegen, so habe ich die Behandlung mit Wärme in der Regel abgebrochen, sobald die Geschwüre sich als völlig rein erwiesen, d. h. nach ungefähr 2 Tagen. Sobald mit der Anwendung von Wärme aufgehört worden ist, werden die Wunden mit Borsäurelösung, Dermatol oder dergleichen behandelt, wobei die Heilung derselben schnelle Fortschritte macht.

Die Zeit, welche die Geschwüre nach dem Verschwinden der Virulenz für ihre Heilung beanspruchen, richtet sich natürlicherweise zum grössten Theil nach der Grösse derselben, denn es ist ja klar, dass ein Geschwür von der Grösse eines Fünfpfennigstückes zu seiner Heilung eine längere Zeit gebraucht, als ein hanfkorngrosses, und ebenso hat auch eine grosse Bubonenhöhle zu ihrer Heilung eine recht lange Zeit nöthig, ungeachtet ihre Virulenz verschwunden ist. Das Wichtigste ist natürlicherweise die Tödtung der Virulenz, denn sobald diese getödtet ist, können die Geschwüre sich nicht länger reproduciren, und die Kranken können dann oft mit Leichtigkeit ausserhalb des Krankenhauses gepflegt werden.

Im Ganzen habe ich in dieser Weise bis Ende November 1894 über 300 Patienten behandelt, welche beinahe ausschliesslich Männer waren, da meine Abtheilung keine Zimmer für Frauen enthält. Das Resultat ist das günstigste

*) Infolge eines Druckfehlers steht in dem Bericht über die Verhandlungen des II. internationalen dermatologischen Congresses in Wien auf Seite 646 Seiler anstatt Leiter.

gewesen, denn es ist nur äusserst selten vorgekommen, dass ich genöthigt war, einen Patienten mehr als einmal der Wärmebehandlung zu unterwerfen.

Ich will hier nicht mit der Anführung einer Menge Krankheitsgeschichten ermüden und daher als Beispiel nur folgende mittheilen:

A., verheirathet, hatte, während ihr Mann auf Reisen abwesend war, durch einen Coitus einen weichen Chanker acquirirt. Bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus am 31. März hatte sie schon seit 14 Tagen ein grosses Chankergeschwür an der Fossa navicularis. Es wurde nun sofort Wärme angewendet.

2. April: die Patientin bekam heute ihre Menstruation; das Geschwür sah rein aus.

3. April: die Wunde rein; die Patientin aus dem Krankenhause entlassen.

9. April: Ich sah heute die Patientin, welche vollständig geheilt war.

E. L. hatte seit 3 Wochen Geschwüre am After. Als sie am 15. August in das Krankenhaus aufgenommen wurde, fanden sich eine Menge grosse Rhagadchanker in der Analöffnung. Sie wurde vom 16. bis 18. August mit Wärme behandelt.

18. August: die Geschwüre sehen rein aus. Man hört mit der Wärmebehandlung auf.

28. August: die Wunden zum Theil geheilt.

17. September: die Patientin vollständig geheilt; aus dem Krankenhause entlassen.

(In Fällen, wie dieser, empfiehlt es sich, vor der Auflegung der Wärmeröhren die Analöffnung mit Cocainlösung zu bepinseln.)

K. T. hatte bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus am 7. Juni seit 3 Wochen Geschwüre auf dem Penis. Es zeigten sich jetzt mehrere unreine Chankergeschwüre im Sulcus coronarius; ausserdem hatte der Patient einen offenen Furunkel am Oberarm und ein kleines Geschwür an dem einen Mittelfinger.

8. Juni: Wärme auf die Chankergeschwüre am Penis.

11. Juni: die Wunden vollständig rein.

18. Juni: Sowohl der Furunkel am Arme, wie das Geschwür am Finger haben angefangen chankrös auszusehen, weshalb Eiter aus dem Geschwür am Arme, am Bauche eingeimpft worden ist. An der Impfstelle hat sich ein typischer weicher Chanker entwickelt. Es wird heute damit angefangen, den Furunkel, das Geschwür am Finger und den Inoculationschanker mit Wärme zu behandeln.

20. Juni: alle diese Geschwüre rein.

30. Juni: alle Wunden geheilt. Patient aus dem Krankenhause entlassen.

Wie ich schon erwähnt habe, ist es unbedingt nothwendig, dass die Wärme die Geschwüre wirklich trifft. Da sie ihnen nun durch das sie nur schlecht durchlassende Präputium nicht in genügender Menge zugeführt werden kann, so habe ich in Fällen von Phimosis es versucht, das Präputium einzuschneiden um sie dann direct auf die Geschwüre wirken zu lassen, was wohl angeht, mir aber keine hinreichend günstigen Resultate gegeben hat. Ich habe deshalb seit dem Herbst 1893 eine andere Methode versucht, die Wärme den Geschwüren zuzuführen. Zu diesem Zwecke habe ich einen gewöhnlichen Glassirrigator mit einem ziemlich feinen und weichen Katheter mittelst einem Kautschukschlauche in Verbindung gesetzt. Der Irrigator wird mit warmem Wasser von einer Temperatur von ungefähr 45° Celsius gefüllt und dann ungefähr einen Meter über dem Patienten placirt, der auf einem Stuhle, einem Bidet oder dergleichen sitzt. Hierauf wird der Katheter so weit wie möglich zwischen das Präputium und die Glans hineingeschoben und dann das Wasser durch ihn hindurchfliessen gelassen. Die Patienten müssen hierbei die Präputialmündung wiederholt zudrücken, damit das Wasser den ganzen Präputialraum erfüllen und mit allen seinen Theilen in Berührung kommen kann. In dieser Weise lasse ich jedesmal ungefähr ein Liter warmes Wasser durch den Präputialraum fliessen, und dies ist jede (oder jede zweite) Stunde von früh Morgens bis spät Abends vorzunehmen. Sollte der Patient Rhagadchanker auch am Limbus präputii haben, so lasse ich ihn in den Zwischenzeiten das Ende des Penis hin und wieder in einen mit warmem Wasser gefüllten Becher halten. Diese Behandlung kann wohl beschwerlich erscheinen, da aber die Patienten im Krankenhause nichts Anderes zu thun haben, als sich zu pflegen, so hat das ja nichts zu bedeuten. Im Krankenhause St. Göran haben wir ein besonderes Zimmer, in welchem stets warmes und kaltes Wasser zu haben ist, und in welchem die Patienten die obige Behandlung vornehmen müssen; kein Patient, der ausser dem Bette sein kann, darf sich im eigentlichen Krankenzimmer behandeln. Den kleinen Ungelegenheiten, die mit dieser Behandlung verbunden sind, braucht man wohl nicht viel Werth beizulegen, da die Ergebnisse der Behandlung sehr günstig gewesen sind.

(Fortsetzung folgt.)

Magenschmerz und Dysmenorrhoe in neuem Zusammenhang.

Von

Dr. Wilhelm Fliess, Arzt in Berlin.

(Fortsetzung.*)

Hier hat die lediglich rechtsseitige Aetzung allerdings zu einem Dauererfolge geführt; aber schon der Cocainversuch gab bereits ein volles positives Resultat, obgleich er nur in der rechten Nase ausgeführt wurde.

Die beiden eben beschriebenen Fälle lassen sich in ein Schema bringen, wenn man annimmt, dass die nervöse Verbindung zwischen Nase und Bauch eine theilweise gekreuzte ist (analog dem Opticusschema). Die Hauptmasse der hypothetischen Verbindung ginge zur Gegenseite, ein kleinerer Theil zur gleichnamigen Seite. (Vergleiche hiefür auch die Fälle 25, 26, 28, 31, 37, die ebenfalls zu Gunsten der eben angeführten Auffassung sprechen).

Der nächste Fall weicht hievon insofern ab, als dort jedenfalls die Hauptmasse der angenommenen Verbindung zur gleichnamigen Seite gehen muss.

Nur ein geringfügiger Theil kann hier zur Gegenseite gehen. (11 Juli: Cocainisirung des rechten Tuberculum septi beseitigt neben den rechten, auch die geringfügigen linksseitigen Kreuzschmerzen). Jedenfalls werden hier individuelle Verhältnisse eine grosse Rolle spielen.

Fall 24. A. M . . x, 26 Jahre, Dienstmädchen.

10. Juni 1894: Hat seit Langem Kopfschmerzen, welche nach der Sondirung beider Keilbeinhöhlen verschwunden sind.

Leidet ausserdem seit ihrer Entwicklungszeit an starker Dysmenorrhoe (Bauch- und Kreuzschmerzen) und wird deshalb heute dem Cocainversuch unterzogen.

12 Uhr 54 Min.: Cocainisirung der linken unteren Muschel.

1 Uhr: Schmerzen in der linken Bauchseite verschwunden.

1 Uhr 3 Min.: Cocainisirung der rechten unteren Muschel.

1 Uhr 5 Min.: Schmerzen in der rechten Bauchhälfte besser.

1 Uhr 10 Min.: Schmerzen im Kreuz rechts und links bestehen noch, daher Cocainisirung des linken Tuberculum septi.

1 Uhr 15 Min.: Schmerzen im linken Kreuz verschwunden. Rechts noch vorhanden.

1 Uhr 16 Min.: Cocainisirung des rechten Tuberculum septi.

1 Uhr 24 Min.: Schmerzen im rechten Kreuz noch vorhanden. Deshalb Versuch, noch einmal das linke Tuberculum septi zu cocainisiren (wegen rechtsseitiger Kreuzschmerzen).

1 Uhr 31 Min.: Die Schmerzen rechts haben sich nicht gebessert.

1 Uhr 32 Min.: Nochmalige Cocainisirung des rechten Tuberculum septi.

1 Uhr 38 Min.: Die Schmerzen, auch im rechten Kreuz sind verschwunden. Patientin beschwerdefrei.

1 Uhr 40 Min.: Aetzung der linken unteren Muschel. Im Laufe des Tages treten linksseitige Kopfschmerzen auf. Die Bauch-

---

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1895, Nr. 1, 2, 3, 5 und 8.

schmerzen bleiben fort, die Kreuzschmerzen erscheinen nur sehr geringfügig.

Am nächsten Tag ist das Unwohlsein bereits schmerzlos. Früher dauerten die Schmerzen 2 Tage lang.

11. Juli 1894: Gestern ist das Unwohlsein aufgetreten, ohne Bauchschmerzen, nur mit Kreuzschmerzen, hauptsächlich rechts, die aber viel geringer sind, als früher. Stiche im Kopf sind in den letzten 4 Wochen nicht mehr vorhanden gewesen. Bei der Inspection der Nase ergibt sich die linke Seite als vollständig frei. In der rechten Nase ist die untere Muschel und vor allem das Tuberculum septi luftkissenartig geschwollen und mit der Sonde stark eindrückbar.

Cocainversuch:

11 Uhr 55 Min.: Cocainisirung des rechten Tuberculum septi.

11 Uhr 59 Min.: Die Schmerzen im rechten Kreuz haben sehr nachgelassen, im linken Kreuz sind sie verschwunden. Die Inspection zeigt, dass mit dem rechten Tuberculum septi auch die rechte untere Muschel abgeschwollen ist (wie im Fall 23).

12 Uhr 3 Min.: Die Kreuzschmerzen haben auch rechts ganz nachgelassen.

12 Uhr 4 Min.: Aetzung des rechten Tuberculum septi mit Trichloressigsäure.

Am selben Tage sind die Kreuzschmerzen nur noch sehr geringfügig gewesen, am nächsten Tage verschwunden.

Resumé: Beim Unwohlsein am 10. Juni haben sich die Schmerzen als gleichsinnig, nicht gekreuzt erwiesen. Es entsprachen die unteren Muscheln den Bauch- und die Tubercula septi den Kreuzschmerzen.

Auf Aetzung allein der linken unteren Muschel sind beim nächsten Unwohlsein auch die Bauchschmerzen rechts, also der anderen Seite, fortgeblieben.

Beim nächsten Unwohlsein am 11. Juli sind auf Cocainisirung des rechten Tuberculum septi neben den rechtsseitigen Kreuzschmerzen auch die geringfügigen linken fortgegangen (beim vorgängigen Unwohlsein gingen auf linksseitige Cocainisirung die rechtsseitigen Kreuzschmerzen nicht fort.)

Die wesentlichsten Veränderungen hätten also hier in der linken unteren Muschel und im rechten Tuberculum septi gesessen.

Der Erfolg ist ein totaler und dauernder. Das Unwohlsein ist ganz schmerzlos seit der Behandlung im Juli.

Zwei andere Fälle, welche die Ueberleitung zur Betrachtung der erworbenen Dysmenorrhoe geben sollen (Fälle 25 u. 26) sind auch noch dem Cocainversuch unterworfen worden und sprechen zu Gunsten der gekreuzten nervösen Verbindung*).

Fall 25. Frau G . . . . . . r, Witwe, 33 Jahre.

Patientin war vor 7 Jahren zuerst leidend. Ihre Beschwerden traten im 5. Monat der Schwangerschaft auf, und zwar waren damals sehr heftige Stiche in der linken Brust und im linken Schulterblatt vorhanden. Der damalige Arzt soll Verdacht auf ein Lungenleiden ausgesprochen haben, doch waren die Schmerzen nach der Niederkunft wie abgeschnitten. Dann befand sich Patientin wohl, bis sie vor zwei Jahren die Influenza bekam, die mit heftigem Brustschmerz einherging und starkem Auswurf (ein ganzes Wasserglas voll, von Abends bis Morgens). Seit dieser Zeit klagt Patientin über heftige Schmerzen am Schwertfortsatze des Brustbeines, Kopfschmerzen (Stirn und Hinterkopf), Schwindel, ängstliche Träume; sie kann keinen Schluck Bier mehr vertragen und hat auch öfters Herzklopfen-Anfälle, deren erster während einer inzwischen verlaufenen Schwangerschaft (4 Wochen vor der Entbindung) nächtlicher Weile aufgetreten sein soll. Die Bruststiche, die früher nur links waren, sind seit 14 Tagen auch rechts erschienen. Nachts hat Patientin häufig Frost, Hitze und Schweiss. Die Periode tritt in fünfwöchentlichen Pausen auf, ist spärlich, von 2—3tägiger Dauer und geht seit etwa $^1/_2$ Jahr mit starken Kreuzschmerzen einher. Bei Besichtigung der Nase zeigt sich zwischen mittlerer Muschel und Septum links hervorquellender Eiter. Rechts ist die untere Muschel und das Tuberculum septi stark geschwollen. Die vordere Wand der linken Keilbeinhöhle ist brüchig. In der Höhle selbst, die geöffnet, ausgekratzt und mit Trichloressigsäure geätzt wird, befindet sich Eiter. Nach anfänglicher starker Vermehrung des Kopfschmerzes lässt derselbe zunächst nach; doch als ich die Patientin am 8. November wiedersehe, berichtet sie, dass sie seit dem vor 3 Tagen eingetretenen Unwohlsein ununterbrochen wieder krank sei und zwar rechtsseitige Kopfschmerzen habe, die mit Schmerzen im linken Hypochondrium combinirt sind. Auf den positiven Ausfall des Cocainversuchs hin wird die rechte untere Muschel und das rechte Tuberculum septi galvanokaustisch geätzt. Darnach trat eine bedeutende Erleichterung ein, und nachdem die Patientin eine intercurrente Mandelentzündung überwunden hat, kann sie am

4. December: berichten, dass diesmal das Unwohlsein regelmässig nach 4 Wochen, ganz schmerzlos (keine Kopf- und Kreuzschmerzen) eingetreten sei.

Am 2. Jänner 1894: Analoger Bericht. Die Naseneiterung ist ganz verschwunden. Patientin hat alle ihre früheren Beschwerden verloren, fühlt sich wie neugeboren.

Letzter Bericht: December 1894.

Die Dysmenorrhoe (im Fall 25) ist im Anschluss an eine Schwangerschaft aufgetreten. In Folge einer zwei Jahre zuvor durchgemachten Influenza war es zum linksseitigen Keilbeinhöhlenempyem gekommen, und als nach Eröffnung der linken Keilbeinhöhle und Ausätzung derselben mit Trichloressigsäure (wobei auch die linke hypertrophische Nasenschleimhaut mitbetroffen wurde) beim nächsten Unwohlsein rechtsseitiger Kopfschmerz und Schmerzen im linken Hypochondrium auftraten, wird das rechte Tuberculum septi und die rechte untere Muschel cocainisirt. Darauf hin verschwanden neben Verminderung der Kopfbeschwerden die linksseitigen Bauchschmerzen ganz, und Galvanokaustik dieser Stellen bannt alle Unwohlseinsbeschwerden dauernd.

Die nächsten Fälle 26, 27, 28, 29, 30 sind bezeichnend für die Rolle, welche Infectionskrankheiten (Influenza, «Schnupfen») bei der Entstehung der Dysmenorrhoe spielen:

Fall 26. Frl. G . . . k, 20 Jahre.

22. October 1894. Seit dem 13. Jahre menstruirt, bis vor 1 Jahre schmerzlos. Damals Influenza. Seit dieser Zeit stets starke Schmerzen beim Unwohlsein, und zwar wesentlich Bauchschmerzen. Diesmal sind die heftigen Schmerzen vorwiegend in der linken Bauchseite. Das Kreuz ist ganz frei.

Cocainversuch:

5 Uhr 8 Min.: Cocainisirung der rechten unteren Muschel.

5 Uhr 11 Min.: Die Schmerzen hören auf beiden Seiten auf.

5 Uhr 13 Min.: Aetzung der rechten unteren Muschel mit Trichloressigsäure.

Die Patientin geht vollkommen schmerzfrei fort und bleibt es auch.

Am 29. October wird noch die linke untere Muschel geätzt. Die nächsten Menstruationen sind gänzlich beschwerdefrei.

Fall 27. Bei der nächsten Patientin Frau Major v. Z . . . . . n, bestand Dysmenorrhoe während der Mädchenzeit. Seit der Verheiratung vor 10 Jahren (an die sich gleich eine Schwangerschaft anschloss) war das Unwohlsein schmerzlos geworden. Im Jänner 1893 bekam Patientin die Influenza. Seitdem häufige Kopfschmerzen und bei jeder Periode Leibschmerzen «wie in der Mädchenzeit».

Es besteht Schwellung wesentlich der rechten unteren Muschel, welche nach Mandelschlitzung wegen Tonsillitis chronica am 15. Mai 1893 ohne weitere directe Therapie schwindet. Seitdem aber sind auch Kopfschmerzen und Dysmenorrhoe vollkommen gewichen.

Fall 28. Köchin P . . . . r, 35 Jahre.

Die Patientin kommt eigentlich in meine Behandlung, wegen heftiger rechtsseitiger und schwächerer linker Intercostalneuralgie die dem positiven Cocainversuch am 3. Februar 1894, der Aetzung beider unterer Muscheln in wenigen Tagen weicht. Daneben erzählt Patientin, dass sie seit Frühling vorigen Jahres, wo sie Influenza gehabt zu haben scheint, an heftigen dysmenorrhoischen Bauchschmerzen leidet. Das Unwohlsein dauert seitdem 8 Tage, bereits in dreiwöchentlichen Pausen und ist mit starkem Blutverlust vergesellschaftet, für den der normale gynäkologische Befund keine

*) Desgleichen Fall 28.

Erklärung gibt. Seit der Nasenätzung ist das Unwohlsein regelmässig, von dreitägiger Dauer, viel geringerem Blutverlust und ohne Schmerzen.

Bemerkenswerth ist, dass am 16. Februar Schmerzen im rechten Hypochondrium bei der Patientin auftraten, welche mit Fortnahme des voluminösen Aetzschorfes von der linken unteren Muschel sofort aufhörten. Am nächsten Tag (17. Februar) trat dann das Unwohlsein zum ersten Male wieder schmerzfrei ein. Patientin hat seit einem Jahre ständig heftige Schmerzen dabei gehabt! Auch bei dieser Patientin ist eine gekreuzte Beziehung zwischen Nasen- und Schmerzseite zu verzeichnen.

Fall 29. Die folgende Patientin (Frau H . . . . . . n), welche eine Retrofl. uteri fixata besitzt, leidet seit einigen Monaten im Anschluss «an einen Schnupfen» an häufigen, alle 16—18 Tage eintretenden Uterusblutungen, die in den ersten 2 Tagen mit starken Schmerzen einhergehen. Ausserdem bestehen bei der Kranken links Kopf- und Genickschmerzen und heftige Schmerzen am Schwertfortsatz des Brustbeines.

Nach positivem Cocainversuch an der geschwollenen linken unteren Muschel und dem Tuberculum septi werden die erwähnten Stellen am 16. December 1893 mit Trichloressigsäure verätzt, mit dem Erfolge, dass Kopf- und Brustbeinschmerzen aufhören und dass 2 Tage darauf das Unwohlsein ganz schmerzlos eintritt. Die nächsten Pausen betragen bereits 24 Tage, bezw. später 27 bis 28 Tage. Die Schmerzlosigkeit hält an, ohne dass bis heute der fixirte Uterus gelöst worden wäre.

Der nun zu berichtende Fall 30 ist dadurch bemerkenswerth, dass die ursprünglich beschwerdefreie Menstruation erst nach einem Schnupfen schmerzhaft wird, dass dann später auf nasale Therapie die Schmerzen aufhören, bis eine Influenza das Recidiv bedingt, welches auch diesmal durch die Nasenbehandlung glänzend besiegt wird.

Fall 30. Frl. I . a S . . . . . r, 28 Jahre.

Menstruirte zum 1. Male im 14. Lebensjahr. Die Menstruation war schmerzlos bis zum 17. Jahre. Von da an (Patientin gibt als Ursache mit grösster Bestimmtheit eine starke Erkältung mit Schnupfen an) war das Unwohlsein stets von sehr heftigen Schmerzen im Leib und Kreuz begleitet, sehr verstärkt und die Dauer 5—6 Tage, statt früher 3 Tage. Im Sommer 1890 wurde Patientin wegen Kopfschmerzen nasal von mir behandelt (Schwellungscatarrh: Galvanokaustik). Von dieser Zeit an war das Unwohlsein ganz schmerzlos geworden und blieb es durch $2^1/_2$ Jahre bis zu Weihnachten 1893, wo die Patientin eine ziemlich schwere Influenza durchzumachen hatte. Da sich überdies wieder starke Kopfschmerzen einstellten, die täglich erschienen und durch ihre Heftigkeit und Dauer für die Patientin geradezu aufreibend waren, ausserdem Appetitlosigkeit und Armschmerzen bis zu den Fingerspitzen ziehend, bestanden, so wurden im Juni 1894 die rechte Keilbeinhöhle und die linken Siebbeinzellen eröffnet, der in ihnen befindliche Eiter entleert und die Hyperplasien der Schleimhaut an den unteren Muscheln und den Tubercula septi mittelst Galvanokaustik und Elektrolyse beseitigt. Seit dieser Zeit sind die Kopfschmerzen und Armschmerzen gewichen, der Appetit ist ausgezeichnet, das Unwohlsein ist wiederum schmerzlos geworden, ja die Patientin hat nicht die leiseste Sensation davon. Die Dauer der Blutung ist auf zwei Tage — gegen früher sechs — reducirt.

Die folgenden Fälle 31 und 32 gehören durch die gemeinsame Aetiologie (Abortus) gewiss zusammen*). Im Fall 31 ist noch der gelungene Cocainversuch anzuzeichnen, der übrigens auch für die gekreuzte Verbindung zwischen Nase und Uterus spricht.

Fall 31. Frau J . . . . . n, 38 Jahre.

Die Patientin, die Mutter von 8 Kindern ist, hat sich bis zum Mai 1891 immer wohlbefunden, insbesondere hat sie Schmerzen beim Unwohlsein nie gekannt. Damals, um die Mitte des Monats (es war gerade 6 Wochen nach ihrer letzten Niederkunft), traten zuerst Kreuzschmerzen auf, welche sich in beide Hypochondrien zogen und ins rechte Bein ausstrahlten. Die Schmerzen waren von sehr grosser Heftigkeit, dauerten aber nur 4 Tage und verschwanden, als das erste Unwohlsein wieder eintrat. Im Juni 1893 hatte Patientin nach dreimonatlicher Schwangerschaft einen Abortus, der mit aussergewöhnlich starker Blutung verknüpft war. Seit dieser Zeit litt sie an permanenten Schmerzen im rechten Hypochondrium, die in der Universitäts-Frauenklinik als von rechtsseitiger Parametritis herrührend betrachtet wurden, und gegen die sich die übliche Therapie (Ruhe, Priessnitz und Jod-Glycerin-Einlagen) erfolglos erwies. Seit dieser Zeit ist auch das Unwohlsein schmerzhaft geworden, und zwar sind die Schmerzen nur auf der rechten Seite im Kreuz und im Hypochondrium. Als ich die Patientin am 19. October 1894 sah, war tags zuvor das Unwohlsein eingetreten. Die Kreuzschmerzen hatten bereits nachgelassen, die Schmerzen im rechten Hypochondrium bestanden noch in voller Heftigkeit.

Der gynäkologische Befund war vollkommen negativ ausgefallen. Bei der Inspection der Nase erwies sich die linke untere Muschel ganz ungewöhnlich stark geschwollen. Es wurde der Cocainversuch gemacht:

4 Uhr 24 Min.: Cocainisirung der linken unteren Muschel.

4 Uhr 28 Min.: Schmerzen im rechten Hypochondrium bis auf ein geringes Ziehen verschwunden.

4 Uhr 30 Min.: Cocainisirung der rechten unteren Muschel.

4 Uhr 32 Min.: Auch das geringe Ziehen ist verschwunden.

4 Uhr 34 Min.: Aetzung der linken unteren Muschel mit Trichloressigsäure.

Von diesem Moment an ist der permanente Schmerz im Hypochondrium gewichen.

Das nächste Unwohlsein kam am 15. November. Diesmal hatte Patientin weder ihre prämenstruellen Kopfschmerzen, noch die Gedächtnisschwäche, welche zwei Tage dem Unwohlsein voranzugehen pflegte, noch die rechtsseitigen Bauch- und Kreuzschmerzen; erstere sind auch in der Zwischenzeit nicht mehr aufgetreten.

Die Patientin sucht mich indessen am 16. November dennoch auf, «weil sie auch ihre Beinschmerzen, die sie beim Gehen belästigen, von der Nase her beseitigt haben möchte». Das Naseninnere erweist sich bei der Inspection ganz normal, der trotzdem angestellte Cocainversuch blieb gänzlich erfolglos, weil die Ursache der Beinschmerzen — Pedes valgi waren. Bezeichnend für den Ausschluss der Suggestion!

Hier ist die Ursache sowohl für den Bauchschmerz, der eine rechtsseitige Parametritis vorgetäuscht hatte, als auch für die Dysmenorrhoe in dem Abortus zu suchen und somit dieser Fall unter diejenigen zu classificiren, die ihre Entstehung aus Vorgängen in der Schwangerschaft herleiten.

(Fortsetzung folgt.)

*) Dass umgekehrt von der Nase auch Abortus ausgelöst werden kann, habe ich in den «Neuen Beiträgen» S. 70 und in meinem Vortrage auf dem XII. Congress für innere Medicin bereits erwähnt.

Wie sollen wir Krankengeschichten abfassen?

Von **Dr.** * * *

In der guten alten Zeit war bekanntlich Vieles besser als jetzt; so behaupten wenigstens die alten Leute. Die jungen hingegen bezeichnen dieses Liebäugeln mit der Vergangenheit als reactionär. Auf dem Gebiete der Medicin ist in diesem Jahrhundert ein so radikaler Umschwung entstanden, wie man ihn etwa im Verkehrswesen durch Eisenbahn und Telegraph erlebt hat und die Factoren, die ihn hervorgebracht haben, waren die Begründung der pathologisch-anatomischen Richtung auf theoretischem und die Entdeckung der Antisepsis auf praktischem Gebiete. Aus dem Reich mehr oder weniger geistvoller Träumereien und phantasievoller Hypothesen wurde der Forscher auf den Weg der Beobachtung der Thatsachen verwiesen, und dabei stellte sich heraus, dass vieles was man gesehen und gehört, vieles was man gelehrt und geglaubt hatte und was durch Autoritäten gedeckt und unantastbar schien, einfach den Thatsachen widersprach und vor nüchternen Blicken in reines Nichts zerfliessen musste. Man begann hier und dort die Methode, die man am Secirtische befolgt, nämlich der einfachen Feststellung des concreten Befundes ohne Commentar und ohne Speculation auch auf die klinischen Fächer zu übertragen und Krankengeschichten anzulegen. Die Art und Weise, wie solche Krankenprotokolle bis noch vor 15 Jahren in den meisten Kliniken geführt wurden und wie sie

heute noch in den meisten Krankenanstalten, die nicht zu Unterrichtszwecken dienen, geführt werden, besteht darin, dass nebst dem Nationale des Kranken, die Diagnose, etwa vorgenommene Eingriffe und das Resultat der Behandlung (eventuell Sectionsbefund) verzeichnet werden. Ein Bild von dem concreten Falle kann sich wohl Niemand, der in diesen alten Folianten blättert, machen und die Leichtfertigkeit, mit welcher selbst diese dürftigen Aufzeichnungen geführt wurden, machen es erklärlich, dass sie nicht einmal zu statistischen Zwecken verwendbar sind. Damit war freilich nicht ausgeschlossen, dass Derjenige, welcher sich für einen bestimmten Fall oder für eine Gruppe von solchen interessirte, sich genaue Notizen anlegte und publicistisch verwerthete, aber eine Auswerthung des Materiales einer Klinik aus den Archiven derselben, ein Vertrauen in die Genauigkeit und Richtigkeit der daselbst hinterlegten Daten war einfach unmöglich.

Denn die Behandlung dieser Frage war eine allzu ungleiche. Es fehlte an einem traditionellen System, wie solche Dinge zu machen sind und vereinzelte Versuche, Ordnung in dieses Chaos zu bringen, gingen einfach unter. So kommt es, dass eigentlich das enorme Krankenmaterial, welches jahraus jahrein an den Kliniken und Spitälern zur Beobachtung gelangt, im Grossen und Ganzen für die Wissenschaft verloren geht, denn es fehlt an einem Regulativ, wie diese Beobachtung vorgenommen werden soll. Es fehlt auch sehr oft an dem nöthigen Fleiss und Verständniss. Dass alljährlich Millionen von Publicationen auf casuistischer Basis erscheinen, beweist gar nichts. Es würde vielleicht weit weniger publicirt werden, wenn wir besser beobachten lernen würden und das können wir wieder nur dadurch erzielen, dass wir alles sorgsam registriren, was wir durch unsere Sinne erfahren. In den letzten 10—15 Jahren hat sich auf den Kliniken zumeist ein Umschwung vollzogen. Einzelne Gelehrte erkannten, dass man die Fülle der Eindrücke nicht mehr durch blosses Merken und Verarbeiten beherrschen könne, und dass ungeheuer viel werthvolles Material verloren gehe, wenn man keine ordentliche Chronik der Ereignisse und Beobachtungen einführt und sie legten auf ihren Kliniken Krankengeschichten an, die in gleicher Weise für jeden Patienten, ob er jetzt für einen interessanten oder uninteressanten Fall gelte, geführt werden sollten. Da aber die Führung einer Krankengeschichte nicht von dem Leiter einer grösseren Klinik oder dessen geschulten Hilfskräften allein vorgenommen werden konnte, wegen Mangels an Zeit und Grösse der Arbeit, so musste man zu Hilfskräften greifen, die zum Schreibgeschäfte nicht zu faul, als Compensation für dasselbe die Möglichkeit des Prakticirens an einer Klinik hinnahmen. Das hatte eine weitgehende Arbeitstheilung zur Folge. Es wurde einem jungen Arzte oder Studenten, der den Namen Externist, Aspirant, Hospitant oder Fiscus führte, eine bestimmte Zahl von Betten zugewiesen und ihm der Auftrag gegeben, die Krankengeschichten der betreffenden Kranken zu führen. Die angebliche Oberaufsicht über das ganze Krankenzimmer führte der Assistent oder ein anderer älterer und verlässlicher Hilfsarzt und an bestimmten Tagen wurden die fertiggestellten Krankengeschichten dem klinischen Vorstande abgeliefert. Dieses System, welches ja an sich vortrefflich ist, hat aber auch seine grossen Schattenseiten. Die vielen Köpfe, die da mitarbeiten, ergaben eine sehr ungleiche Behandlung der Sache, je nachdem es sich um mehr oder weniger fleissige und ordnungsliebende oder um mehr oder weniger fähige und geschickte Hilfsärzte handelte und besonders an grossen Kliniken, wo das Krankenmateriale im Jahre nach vielen Tausenden zählt, war die Arbeit auch wegen der geringen Zahl geschulter Hilfskräfte in einheitlicher und gediegener Weise kaum zu bewältigen. Ich erinnere nur daran, dass es z. B. in Wien Kliniken gibt, an welchen die Zahl der Ambulanten 10—15.000 im Jahre und die constante Zahl der liegenden Kranken 80—100 beträgt und dass zur Besorgung der Agenden ausser dem Vorstande nur zwei Assistentenstellen systemisirt sind. So entwickelten sich zwei verschiedene Erscheinungen oder Typen, nach denen die Registrirung der Beobachtungen an dem Krankenmateriale vorgenommen wurde.

Der eine Typus war der, dass man den guten alten Schlendrian fortbestehen liess, weil man der Arbeit nicht Herr werden konnte. Es werden zwar Krankengeschichten geführt, aber wehe dem, der auf Grund derartiger Dokumente eine wissenschaftliche Diatribe aufbauen wollte. Die Dürftigkeit und Ungenauigkeit der Aufzeichnungen ist so gross, dass ihr völliges Fehlen auch nicht beklagenswerther wäre. Die andere Form aber ist das gerade Gegentheil. Sie besteht in einer Polypragmasie und Weitschweifigkeit ohne Gleichen. Entsprechend der weitgehenden Arbeitstheilung wurde dem Einzelnen ein verhältnissmässig geringes Krankenmateriale zur Beobachtung gegeben und ihm dadurch ermöglicht, diese Beobachtung zu vertiefen und auch die damit verbundenen Schreibgeschäfte in extenso zu besorgen. Da man es aber meist mit ungeübten und auch häufig wechselnden ärztlichen Hilfskräften zu thun hatte, so musste ein allgemein giltiges Regulativ geschaffen werden, nach welchem die Aufzeichnung der Krankengeschichten vorgenommen werden sollte. Und damit sind wir eigentlich bei dem springenden Punkt der ganzen Frage angelangt, nämlich der Art und Weise wie eine Krankengeschichte gemacht werden sollte. Ich will aber bevor ich darauf eingehe zuerst schildern, wie die Krankengeschichten gemacht werden, dann meine Ansichten entwickeln, wie sie gemacht werden sollten und wie man es auf grösseren Kliniken einrichten müsste, um dieses Ziel zu erreichen.

Der bisher übliche Modus auf Krankenabtheilungen, wo überhaupt Krankengeschichten geführt werden, besteht darin, dass die Kranken systematisch untersucht und auch ebenso beschrieben werden. Man beginnt also nach einem gewissen Schema mit Körpergrösse, Ernährungszustand, Hautfarbe etc., geht dann topographisch die einzelnen Körperabschnitte resp. Organe an, um schliesslich die nöthigen chemischen und bacteriologischen oder histologischen Untersuchungen vorzunehmen. Bei chirurgischen Disciplinen, insbesondere bei circumscripten Organerkrankungen (Auge, Ohr, Kehlkopf etc.) wird gewöhnlich mit der Beschreibung der kranken Organe begonnen und der übrige Organismus nur so weit als nöthig berücksichtigt; bei der Beschreibung des kranken Organes aber wird wieder schematisch verfahren, indem z. B. beim Auge zuerst die Lider, dann die Conjunctiva etc. der Reihe nach betrachtet werden.

Nun wird der geneigte Leser sofort sehen, wo ich hinaus will. Nehmen wir ein concretes Beispiel: eine Pneumonie. Der sogenannte Status präsens beginnt mit den Worten: «X. Y., 30 Jahre alt, Arbeiter, ist 170 cm lang, von kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und mässig entwickeltem Fettpolster. Die allgemeine Decke ist blass, die sichtbaren Schleimhäute bleich und trocken. Die Haut an der Streckseite der Extremitäten stark pigmentirt. Das Kopfhaar ist spärlich, von dunkelbrauner Farbe. Brust und Bauch sind ebenfalls stark behaart. Der Kranke trägt einen Schnurr- und Vollbart. Auf dem rechten Schulterblatt befindet sich ein querovaler Naevus pigmentosus; sein horizontaler längerer Durchmesser beträgt 4, der verticale kürzere 3 cm. Seine Farbe ist ein schmutziges Gelbbraun. Die Haut ist an dieser Stelle durch vielfache papilläre oder warzenartige Excrescenzen in einer Art mamellonirtem Zustande und von einzelnen Härchen besetzt . . .»

Nun, ich will nicht ermüdend werden. Die betreffende Krankengeschichte fährt so fort (sie ist nicht erdichtet und entstammt einer angesehenen medicinischen Klinik) und auf der vierten Seite des auf Grossquartformat abgefassten Scriptums kommt der Chronist endlich nach eingehender Beschreibung der Kopf- und Halsform, der Thoraxbildung und Maase bei dem erkrankten Lungenflügel an und erwähnt die an demselben bestehenden pathologischen Veränderungen. Die ganze Krankengeschichte mit der Anamnese ist am Tage nach der Aufnahme des Patienten 6 Quartseiten lang und dasselbe Princip, welches bei Anfertigung des Status praesens herrschte, gilt auch für die Anamnese. Darin ist zu lesen, dass Patient von gesunden Eltern stammt und 7 Geschwister hatte, von denen 4 in jugendlichem Alter (umständliche Angabe der Todesursache) gestorben sind, dass er seit 5 Jahren verheiratet ist und seine Frau 3 Mal geboren hat. Nun folgt die Beschreibung der Geburten, der Kinder und ihres Schicksals, dann wird erwähnt, dass seine Frau vor 1 Jahre, 4 Wochen lang mit einer fieberhaften Erkrankung zu Bett lag und endlich ganz zum Schluss nach Aufzählung einer Anzahl derartiger Daten wird erwähnt, dass der Kranke am soundsovielten in stark erhitztem Zustande aus einem geheitzten Kesselraume in's Freie trat und eine Viertelstunde lang barhaupt und mit einem einfachen Arbeiterhemde bekleidet bei kaltem windigem Wetter auf der Strasse stand. Ja eine solche Kranken-

geschichte (und ich muss hinzufügen, es war eine der fleissig und sorgfältig gearbeiteten) entspricht nach meiner Meinung nicht dem Geiste der Sache. Ich denke mir, dass man diese Dinge folgendermassen anpacken müsste: Bei der Beschreibung des Kranken hätte an 1. Stelle die erkrankte Lunge heran müssen, dann müsste in organischer Weise alles herangezogen werden, was mit der Erkrankung der Lunge in einem innigen Contact steht oder als Folgeerscheinung derselben aufgefasst werden muss, und diese Momente müssten nach ihrer Bedeutung gruppirt werden. Endlich wäre des Allgemeinzustandes des Individuums oder besonderer physischen Eigenthümlichkeiten, welche in keinem Zusammenhange mit der Krankheit stehen, aber auch nur mit einer der Bedeutung der Erscheinung entsprechenden Ausführlichkeit und nicht mit schwatzhafter Weitschweifigkeit zu gedenken. Ich erinnere mich hier einer Krankengeschichte, die einer ausgezeichnet geleiteten medicinischen Klinik entstammte und einen Fall von chronischem Saturnismus betraf. Sie war, als ich sie zu Gesicht bekam, bereits 15 grosse Seiten stark; von diesen waren $6^1/_2$ (sic!) der Anamnese und der Beschreibung von unzähligen kleinen und grösseren Pigmentflecken, sogenannten Leberflecken gewidmet, von denen die betreffende Person übersät war. Dieser Zustand bestand seit ihrer frühesten Kindheit, war in gar keinem Zusammenhange mit ihrer Erkrankung und hatte doch den eifrigen Scribifax zu einem solchen Schreibeexcess veranlasst. Natürlich geht bei einer solchen Sudelei der Blick für das Wesen der Sache verloren. «Die Theile hat er in der Hand, fehlt leider nur das geistige Band.» Da aber durch dieses Vielschreiben auch viel Zeit und Kraft auf unnütze Dinge verschwendet wird, so darf es nicht Wunder nehmen, dass trotzdem manche Krankengeschichte zu einem Fascikel anschwillt, oft Wesentliches nicht erwähnt wird und wegen der Schwierigkeit, das Opus zu überblicken, sich oft die lächerlichsten Widersprüche finden.

Ich erinnere mich hier einer anderen Krankengeschichte, die von einer österreichischen Universitätsklinik stammte und einen sehr interessanten Nervenfall betraf. In dem betreffenden Institute ist es Sitte, von Zeit zu Zeit einen genauen Status praesens einzutragen. Da die Aerzte wechseln oder auch das Gedächtniss nicht immer verlässlich ist, fanden sich in dem merkwürdigen Monstrum von 34 Quartseiten kleine Widersprüche, wie z. B.: Die Schädelbildung mesocephal; einige Wochen später wurde die Unglückliche schon als dolichocephal angesehen. Der Panniculus adiposus war fast völlig geschwunden; einige Wochen später wurde er, trotzdem die Kranke stark herabgekommen war und an Körpergewicht verloren hatte, als mässig entwickelt bezeichnet; der Hals war einmal lang und einmal kurz etc.

Das Gesagte gilt von allen Disciplinen mutatis mutandis. An Stelle der concisen Zusammenfassung, der geistigen Durchdringung und formell einheitlichen Ausgestaltung des Themas, welches ja jeder Krankheitsfall liefert, tritt ein geistloses Nacheinander, ein unverständiges Aneinanderreihen ganz ungleichwerthiger Dinge. Würde der junge Arzt statt dessen angewiesen, einen Kranken genau zu betrachten, die auffallendsten Symptome aus dem Bilde, welches er darbietet, herauszugreifen, sich danach einen Untersuchungsplan zu errichten und nach Erwägung aller Thatsachen und anamnestischen Angaben sich ein einheitliches Bild von dem concreten Falle zu machen und dieses Bild nach seiner individuellen Auffassung in entsprechende Form zu kleiden, so wäre einerseits der erziehliche Nutzen, der aus einer solchen geistigen Arbeit hervorgeht ein bedeutender, andererseits aber auch die Verwendbarkeit solcher Elaborate für wissenschaftliche Forschung eine ganz andere als bisher. Wer heute aus den Archiven einer Klinik schöpfen will, der wird in diesen Sammelsurien nur höchst selten auch das finden, was er begehrt, weil Nachlässigkeit und Unverstand in der Auswerthung des gebotenen Materials vorherrschen. Eine Krankengeschiche soll eben mit dem ganzen Apparat der Beobachtung und Untersuchung die individuelle geistige Leistung eines Menschen darstellen, der freilich die Directive und Unterstützung von dem erfahrenen klinischen Vorstande erhalten soll. Sie soll aber auch alles, was in irgend einer Beziehung zu dem Krankheitsfalle steht, in vollständiger und verlässlicher Weise enthalten und daher bedarf es einer fortwährenden Controle durch den erfahrenen Vorgesetzten. So könnte man auch leicht ohne fortwährenden persönlichen Contact, wie er ja auf grossen Kliniken zwischen Lehrern und Schülern nicht immer herzustellen ist, den begabten von den unbegabten unterscheiden lernen, weil man an Stelle farb- und geistloser schematisirter Schreibereien ein individuell gefärbtes geistiges Arbeitsproduct setzen würde, und vielleicht würden dadurch einzelne mit Ehrenämtern und Privatpraxis überlastete Universitätsprofessoren, die nur wenig Zeit haben, sich um ihre Kliniken und Schüler zu kümmern, nicht mehr gezwungen sein, die Göttin der Protection ausschliesslich die Wahl ihrer Hilfskräfte vornehmen zu lassen.

Nun wäre noch das Wie zu besprechen, die technische Durchführbarkeit des Planes zu erörtern. Es ist natürlich, dass wir uns dabei nur an die Verhältnisse halten, wie sie an grossen Universitätskliniken bestehen, da diese die meisten Schwierigkeiten bieten und je kleiner das Anwesen, desto leichter seine sachgemässe Verwaltung ist. Denken wir also an eine Klinik für innere Krankheiten mit 80 Betten. Der Beamtenstand besteht wie gewöhnlich aus dem Professor und zwei Assistenten und wir sind höflich genug vorauszusetzen, dass diese drei Personen ihr Amt in vortrefflicher Weise zu bekleiden verstehen. Die Klinik besteht aus 4 Zimmern zu je 20 Betten. In jedem Zimmer fungiren 4 jüngere ärztliche Hilfskräfte, die behufs fachlicher Ausbildung der Klinik zugetheilt sind. Demnach entfallen auf einen Hilfsarzt (wie wir ihn der Kürze halber nennen wollen) 5 Betten. Seine Pflicht würde nun darin bestehen, jeden in seinem Rayon neu aufgenommenen Kranken in vollkommenster Weise zu untersuchen und alle seine Beobachtungen sorgfältig zu notiren. Alles Ueberflüssige, wozu ich insbesondere die Beschreibung des Normalen rechne, ist zu vermeiden. Es ist nicht nöthig, die Grenzen der normalen Lungen- und Herzdämpfung in jedem Falle neu zu entdecken, sondern es genügt die schlichte Constatirung der Thatsache, dass die Untersuchung dieser Organe nichts Abnormes ergeben habe. Ist der Thatbestand in vollkommener Weise aufgenommen, dann hat der Professor oder sein Assistent sich durch eingehende eigene Untersuchung und Anhörung des Referates von dessen Vollständigkeit und Richtigkeit zu überzeugen. Dadurch würde der Novize unendlich viel lernen und zu immer besseren Leistungen angespornt werden. Der Decursus müsste nun in derselben peinlich exacten Weise geführt werden, wobei ich betone, dass nur wirkliche Veränderungen eingetragen werden sollen und nicht, wie auf vielen Kliniken, der Zwang bestehen dürfte, dass täglich etwas eingeschrieben werden muss und sei es auch nur ein «Status idem» und dabei müsste selbstverständlich die Controle von Seiten der Oberärzte je nach der Natur des Falles und der Erfahrung und Verlässlichkeit des Hilfsarztes fortbestehen. Tritt der Kranke aus der Behandlung aus, oder geht er mit Tod ab, dann fällt dem Hilfsarzt die schliessliche Redaction der Krankengeschichte zur Last. Er hat nun ganz objectiv und ohne Reflexionen und auch in einfach chronologischer Form das Notizenmateriale zu ordnen und sauber und zusammenhängend niederzuschreiben. Dabei aber kann Ueberflüssiges ausgeschieden, Fehlendes ergänzt und Fehlerhaftes ausgebessert werden; dabei kann das ganze in eine gefällige und übersichtliche Form gebracht und der Arbeit der intellectuelle Stempel ihres Erzeugers aufgedrückt werden. Ging der Kranke mit Tod ab, so sind natürlich alle postmortalen Untersuchungsergebnisse der Krankengeschichte beizulegen und diese schliesslich dem klinischen Vorstande abzuliefern. Letzterer aber hätte die Verpflichtung, dieselbe durchzulesen, zu beurtheilen und sein Urtheil dem Hilfsarzte mitzutheilen. Würde dies gleich geschehen, so lange der betreffende Kranke noch bei Allen in frischer Erinnerung ist, dann könnte leicht ein Versehen, das sich eingeschlichen, ausgemerzt, eine falsche Auffassung corrigirt werden und Lehrer und Schüler würden aus dieser Art der Arbeit den grösstmöglichen Vortheil ziehen. Der Hilfsarzt selbst aber würde damit zu einem wirklich exacten Beobachter und nicht zu einem unverständigen Nachbeter mehr oder weniger falscher Lehren, die er traditionell übernommen hat, werden. Die Kliniken müssten die Aufnahme des Hilfsarztes von einer der Natur des Faches entsprechenden Zeit abhängig machen, die der Betreffende sich verpflichtet auf der Klinik zu bleiben und der Professor könnte, wenn er wollte, seine Assistenten aus denjenigen seiner Hilfsärzte wählen, welche sich als die fähigsten Arbeiter erwiesen; doch überschreite ich damit meinen Vorwurf und betrete Utopien. So wäre ein Fingerzeig gegeben, wie der Einzelne die

grosse, medicinische sociale Frage von innen heraus lösen könnte und wie es möglich wäre, das Gros der Aerzte zu tüchtigen Menschen zu erziehen. Vielleicht kommt dieser anspruchslose Artikel einem der Männer unter die Augen, welche bei der Reform der medicinischen Studienordnung ein gewichtiges Wort zu sprechen haben und vielleicht gewinnt er daraus einige brauchbare Anregungen!

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung am 22. Februar 1895.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Doc. Dr. Grünfeld demonstrirt an einem Patienten mittelst des Endoskops die Pars prostatica, welche besonders deutlich gesehen wird, wenn der Kranke den Levator ani einzieht, da sich dadurch die Urethra verlängert. Bei den Locomotionen mit dem Instrumente macht auch das Corpus gallinaginis Bewegungen von 8—15 mm Elongation, infolge dessen wird die Orientirung wesentlich erleichtert. Vortragender macht ferner aufmerksam auf einen von ihm construirten Sessel, der zum Sitzen und Liegen verwendet werden kann.

Prof. Lorenz führt ein 12jähriges Mädchen vor, welches seit 9 Jahren Tag und Nacht wegen einer linksseitigen congenitalen Hüftgelenkluxation vom Mechaniker Hessing mittels der von ihm construirten Schienenhülsenapparate behandelt wurde, an dem aber nicht die geringste Spur irgend einer Besserung zu sehen ist. Luxationsverkürzung 4 cm. Der Schenkelkopf ist durch die infolge des Maschinendruckes hochgradig atrophisch gewordenen Weichtheile deutlich zu tasten. Hessing erklärt dem Publicum, durch seine Apparate jede angeborene Hüftgelenksluxation heilen zu können, konnte aber sein Versprechen durch keinen bis jetzt vorgestellten geheilten Fall beweisen. Lorenz weist daher die marktschreierischen Behauptungen Hessing's in die ihnen gebührenden Grenzen zurück.

Zum Schlusse demonstrirt Lorenz 10 Fälle, welche er wegen congenitaler Hüftgelenksluxation operirt hatte und die alle mehr oder weniger deutliche Besserung des Ganges zeigen.

Prim. Riehl berichtet, dass er einen Gärtner mit einem heftigen erysipelartigen Ausschlage in Behandlung hatte, welchen derselbe durch eine Pflanze acquirirte, die Vortragender zeigt und die eine aus China stammende Primelart Primula obconica) ist. Da dieselbe ähnliche Affectionen auch bei anderen Gärtnern erzeugte, so wurde sie bei uns ganz aus dem Verkehre gezogen. Die Affection wird erzeugt durch einen in den Haaren der Pflanze sitzenden Saft.

Dr. Zemann demonstrirt ein anatomisches Präparat, das einer 38jährigen Frau entstammt, die einmal geboren hat und dann wieder gravid wurde. Ungefähr im 6. Monate hörten die Kindesbewegungen auf und es änderte sich nicht durch 12 Monate. Im Wiedener Krankenhause gieng dieselbe dann unter peritonitischen Erscheinungen und Marasmus zu Grunde. Bei der Section fand man im unteren Bauchraume einen mit der vorderen Bauchwand und den Darmschlingen verwachsenen Tumor, der einen mit harten Gebilden gefüllten Sack darstellte, der sich an Stelle der rechten Tube und des rechten Ovarium fand. In der Höhle eine jauchige Flüssigkeit. Es handelte sich um Extrauteringravidität mit einem Fötus von ziemlich hoher Entwicklung, der einem Alter von 6 Monaten entsprechen dürfte. Derselbe starb ab und wurde noch weitere 12 Monate getragen. Dann kam es zu fettiger Degeneration desselben, Eiterung und Jauchung, Peritonitis und Tod.

Prof. v. Wagner: Ueber psychiatrische Heilbestrebungen.

Vortragender hat schon früher einmal darauf hingewiesen, dass nicht selten durch acute fieberhafte Erkrankungen Psychosen derart günstig beeinflust werden, dass sie entweder zur Heilung kommen oder wesentlich gebessert werden. Solche Erfahrungen wurden gemacht beim Typhus abdominalis, bei Febris intermittens, bei acuten Exanthemen, Erysipel, Gelenksrheumatismus u. s. w. Nach einem Materiale von 260 Fällen, welche Vortragender aus der Literatur zusammengestellt hat, hat es sich gezeigt, dass je jünger die Individuen sind, desto mehr Aussicht auf Genesung von der Psychose vorhanden ist, manchmal oft bei 2—5jährigem Bestande derselben. Diese Erscheinung steht nicht ganz isolirt da, da es bekannt ist, dass manchmal auch die Epilepsie durch eine Intermittens zur Heilung kam. Vortragender berichtet nun über einzelne einschlägige Fälle. Auch Tetanus der Pferde wurde nach Berichten Prof. Schindelka's in einigen Fällen durch Intermittens unterbrochen. Manche chronische Hautausschläge (Lupus, Psoriasis, Syphilis u. s. w.) werden hie und da durch fieberhafte Erkrankungen vorübergehend zum Schwinden gebracht. Die günstige Wirkung des Erysipels auf maligne Tumoren ist bekannt. Merkwürdig ist die bedeutende Kräftigung, die oft nach fieberhaften Erkrankungen auftritt, sowie der rapide Fortschritt des Längenwachsthums bei Kindern.

Die Errungenschaften der modernen Bacteriologie geben uns die Möglichkeit, aus der Wirkung der fieberhaften Erkrankungen manchen Nutzen zu ziehen. Vielleicht lassen sich mit der Zeit Anhaltspunkte gewinnen, dass ein- und dasselbe Agens bald als Noxe, bald wieder als Heilmittel wirkt. Es ergeht an uns die Aufforderung, die günstigen Chancen, welche die Natur manchmal durch Zufall schafft, auch hie und da in bewusster Weise hervorzurufen. In einigen Fällen wurde mit günstigen Erfolgen die Vaccineimpfung sowie die Bluttransfusion verwendet. Sehr günstige Resultate erzielte Rosenblum durch die Febris recurrens.

Zur Erzeugung von Fieber benützte Vortragender das Tuberculinum Kochii, welches Fieber erzeugt, ohne dass eine bacterielle Erkrankung hinzutritt und ergaben diese Versuche sehr ermuthigende Resultate. Zu diesem Zwecke wurden acute' heilbare Psychosen verwendet, bei denen man einerseits wegen der langen Dauer, anderseits wegen gewisser Aenderungen im Krankheitsbilde annehmen musste, dass dieselben im Begriffe seien, den Charakter der secundären Geistesstörungen anzunehmen. Durch sorgfältige Dosirung gelang es in 3 Fällen vollständige Heilung zu erzielen u. zw. bei 2 Fällen mit 2jähriger, in einem Fall mit 1jähriger Dauer der Psychose. In zwei Fällen trat eine auffallende Besserung ein; diese zeigte sich oft schon nach der ersten Injection. Während der Dauer der Injectionen zeigte sich trotz der Fieberbewegungen eine Zunahme des Körpergewichtes, was für die Ungefährlichkeit dieser Injectionen spricht. In manchen Fällen zeigte sich die Besserung oft erst nach Wochen.

Angesichts dieser günstigen Wirkung des Tuberculins wäre es möglich, dass auch mit anderen Bacterienproteinen noch viel bessere Erfolge erzielt werden. Wenn das Fieber diese günstige Wirkung hervorbringt, so ist es ganz gleichgiltig, welche Bacterien man verwendet. Kommt aber letzteren die günstige Wirkung zu, so werden verschiedene Bacterienproteine auch verschiedene Heilwirkungen hervorbringen. Auch Versuche mit Pyocyaneus ergaben günstige Erfolge. Aus diesen Versuchen ergibt sich die Lehre, dass man keinen Fall von heilbarer Psychose verloren geben soll, bevor man nicht mit Tuberculin einen Versuch gemacht hat.

Hofr. Albert sah die Transfusion bei 5 Fällen von schwerer Melancholie ausführen und von guten Erfolgen begleitet. Es war dies noch in vorantiseptischer Zeit und bekamen alle Fälle Fieber, Es würde sich daher auch diese Art, Fieber zu erzeugen, empfehlen lassen.

Prof. Gärtner macht auf grosse Beschleunigung des Lymphstromes bei Pyocyaneusinjectionen aufmerksam. Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 20. Februar 1895.

Dr. Weiss demonstrirt einen Fall von multipler Gelenkssyphilis. Vor circa acht Tagen liess sich beim Patienten eine Schwellung des linken Ellbogengelenkes, sowie beider Kniegelenke constatiren, deren specifischer Charakter sich aus dem Umstande, dass Patient im Laufe des letzten Jahres wiederholt luetische Knochenaffectionen durchgemacht hatte, unschwer erkennen liess. Unter der eingeleiteten antiluetischen Behandlung gingen die Schwellungen sehr bald zurück, so dass gegenwärtig das linke Ellbogen-

und das linke Kniegelenk annähernd normale Configuration zeigen, während im rechten Kniegelenk noch immer ein mächtiger Flüssigkeitserguss nachweisbar ist.

Vortragender betont die grosse Seltenheit von Gelenksaffectionen im tertiären Stadium der Lues, im Gegensatz zu dem relativ häufigen Auftreten von Gelenksschmerzen während des secundären Stadiums.

Dr. Foges referirt über einen im Rudolfinerhause beobachteten Fall von Tetanus traumaticus.

Es handelte sich um eine 47jährige Patientin, die am 28. September v. J. mit dem typischen Symptomencomplexe des Tetanus traumaticus in's Spital eingeliefert wurde. Ein der Erkrankung vorausgegangenes Trauma liess sich nicht constatiren; vielleicht wäre eine Angina, die Patientin kurz vorher durchgemacht hatte, ätiologisch zu verwerthen.

Trotzdem, allerdings erst am 12. Krankheitstage die Behandlung mit Tizzonis Antitoxin eingeleitet wurde, nahmen die Beschwerden immer mehr zu, so dass die Patientin am 11. October wegen Schlingkrampfes oesophagotomirt werden musste. Am 18. October erfolgte der Exitus letalis.

Dr. M. Herz: Ueber sicht- und fühlbare Arterienpulsation.

Eine Pulsation peripherer Arterien in dem Sinne, dass bei jeder Systole eine sinnfällige Erweiterung des Arterienquerschnittes stattfindet, gibt es nicht. Was der palpirende Finger als Puls wahrnimmt, beziehungsweise die Pelotte des Sphygmographen auf den Schreiber des Apparates überträgt, ist gewissermasssen Kunstproduct; denn dadurch, dass die Arterie an einer Stelle durch den Finger comprimirt wird, werde künstlich ein Hinderniss innerhalb des Arterienrohres geschaffen, gegen das während der Systole das Blut andrängt und am Finger jene Tastempfindung veranlasst, die man als Puls bezeichnet.

Geschieht die Palpation der Arteria radialis unter Anwendung eines so geringen Druckes, als wollte man blos die Weite der Arterie bestimmen, so ist von einer Pulsation nichts zu fühlen. Ebensowenig ist an der frei präparirten Arteria femoralis des Hundes etwas von einer Pulsation zu sehen.

Ganz anders zu deuten sei die Pulsation geschlängelter Arterien, also insbesondere der Arteria temporalis. Hier handle es sich nicht um Quer-, sondern um Längspulsation, indem während jeder Systole die einzelnen Schlingen sich von einander entfernen. Sehr schön sei diese Art von Pulsation an der geschlängelten Kaninchenaorta zu beobachten.

Aber auch an der gestreckt verlaufenden Hundeaorta konnte Vortragender mittels eines Fühlhebels eine Längspulsation constatiren, so zwar, dass das distale Ende der Bauchaorta fixirt bleibt, während der Aortenbogen bei jeder Systole nach oben gedrängt wird, ein Vorgang, der nach der Ansicht des Vortragenden auch beim Menschen stattfindet und jenem Phänomen zu Grunde liegt, das man als Pulsation im Jugulum bezeichnet.

Diese Aortenpulsation ist auch insofern von Bedeutung, indem sie dadurch, dass sie die Druckschwankungen in der Aorta ausgleicht, eine sinnfällige Pulsation der peripheren Arterien unmöglich macht. Starrwerden der Aorta müsse demnach zu grösseren pulsatorischen Druckschwankungen in der Peripherie führen. Daher die sicht- und fühlbare Pulsation der Arteriae subclaviae beim Atherom der Aorta.

Ein zweites Moment, das eine Zunahme der pulsatorischen Druckschwankungen in den pheripheren Arterien bewirkt, ist eine Erniedrigung des Blutdruckes, eine Thatsache, auf die schon von Marrey hingewiesen wurde. Also auch bei stark herabgesetztem Blutdrucke kann eine sicht- und fühlbare Pulsation der peripheren Arterien auftreten.

Vortragender fasst zum Schlusse seine Ansicht über die Pulsation peripherer Arterien in dem Satze zusammen, dass es bei normalem oder erhöhtem Blutdrucke und normaler Beschaffenheit der Gefässwände eine sinnfällige Querpulsation peripherer Arterien nicht gebe und dass somit das Auftreten einer solchen auf Sklerose der Aorta oder starke Herabsetzung des Blutdruckes schliessen lasse.

Société de Biologie.

Sitzung vom 26. Jänner 1895.

Hanot und Meunier: Ueber Leukocytose bei hypertrophischer Cirrhose mit chronischem Icterus.

Seit Hanot im Jahre 1875 unter dem Namen Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique eine neue Form der Lebercirrhose beschrieben hat, konnte er in weiteren Studien nicht nur feststellen, dass diese Form sich als klinischer und anatomischer Symptomencomplex sicher von anderen, alkoholischen und lithiastischen Cirrhosen als nosologische Einheit abtrennen lässt, sondern auch in klinischen und anatomischen Momenten eine Bestätigung seiner Ansicht, dass diese Form eine infectiöse sei, finden. In den bisherigen für diese Auffassung sprechenden Momenten, Fieber mit Schüttelfrösten und Schweiss, schubweisem Auftreten des Icterus, Albuminurie, Milzvergrösserung, dann dem Befund von diffuser parenchymatöser Degeneration der Leber, Kariokinese in den Drüsenzellen neben Ansammlungen von Rundzellen haben Hanot und Meunier jetzt in dem Auftreten einer starken Leukocytose einen weiteren Anhaltspunkt gefunden. Ihre eigenen Beobachtungen wurden an drei Fällen gemacht, von welchen der erste bei der einen Untersuchung 9300, bei einer späteren 13000 Leukocyten im Cubikmillimeter hatte, der zweite 12400, der dritte einmal 9300, ein zweites Mal 18600. Diesen eigenen Resultaten können sie zwei weitere Angaben hinzufügen, ein von Hayem herrührender Fall mit 21803, 18082, 15500, und einen Fall von Lukatchevitch mit 20000 Leukocyten, so dass jeder der fünf Fälle eine Erhöhung zeigt, wie sie weder bei anderen Cirrhosen, noch nach den Untersuchungen der Verfassser bei irgend einer anderen Lebererkrankung vorkommt, mit Ausnahme des Lebercarcinoms, wo sie eine Erhöhung der weissen Blutkörperchen auf 15000—40000 im Cubikmillimeter finden konnten.

Wurtz und Hudelo: Ueber den Durchtritt von Darmbacterien in das Peritoneum und in das Blut während der acuten Alkoholvergiftung.

Wurtz nnd Hudelo haben Versuche darüber angestellt, ob die acute Alkoholvergiftung ebenso wie die Kälte, die Asphyxie und gewisse Intoxicationen eine Diffusion von Bacterien herbeiführen kann. Sie vermochten thatsächlich diesen Nachweis zu führen, indem sie bei Untersuchungen des Blutes der Vena portae und des Peritoneums bei Hasen, welche sie im alkoholischen Coma tödteten, in der Hälfte der Fälle Mikroorganismen finden konnten. Die Controlthiere, welche dieselbe Dosis Alkohol bekommen hatten, waren nach einigen Stunden wieder frisch und gesund.

Die Verfasser schliessen aus ihren Untersuchungen, dass es während des Lebens, unter verschiedenen Einflüssen, welchen aber allein die Herbeiführung einer Darmhyperämie zu Grunde liege, zu einer Auswanderung von Bacterien aus dem Darm komme, — ein Ergebniss, das vielleicht ätiologisch für das Zustandekommen von gewissen Peritonitiden und Leberinfectionen eine Rolle spielen könnte.

Kaufmann: Ueber den Mechanismus der Hyperglykämie ued Hypoglykämie.

Kaufmann gibt als neue Conclusionen, welche aus der Vertheilung des Glykogens in der Leber, im Blut und in den Muskeln vor und nach der Piqûre oder der Durchschneidung des Rückenmarkes in verschiedenen Höhen sich ergeben, folgende seine früheren Behauptungen bestätigenden Sätze an:

Bei der Hyperglykämie, daher auch beim Diabetes mellitus, ist die Bildung des Zuckers und damit zugleich die histologische Resorption vermehrt, bei der Hypoglykämie sind beide verringert.

Die Durchschneidung des Rückenmarkes in der Nähe der Armanschwellung verändert die Art der Leberthätigkeit. Die Leber führt dann in das Blut weniger Zucker und mehr Glykogen ab.

Dieselbe Durchschneidung verändert auf gleiche Weise die Ernährung aller Gewebe, indem sie ihre Thätigkeit, Nährmaterial aufzunehmen, hebt und damit die histolytische Resorption verringert.

Es gibt nervöse Einflüsse, welche zugleich auf die Trophik der Gewebe und die Function der Leber einen Einfluss nehmen.

Sitzung vom 2. Februar 1895.

Duval: Histologische Theorie des Schlafes.

Duval stellt auf Grundlage der neuen histologischen Untersuchungen der Nervenendigungen, welche die Verbindung der Protoplasmafortsätze als nicht per continuitatem, sondern per contiguitatem vermittelt erwiesen haben, eine neue Theorie des Schlafes auf. Er meint, dass die Protoplasmaverzweigungen, ähnlich wie die Fortsätze der Amöben, mit der Fähigkeit einer Formveränderung ausgestattet sein könnten, so dass je nachdem sie ausgestreckt oder eingezogen sind, die Berührungsflächen der Ganglien untereinander bald grösser, bald kleiner wären. Eine Verringerung der Grösse der mit einander in Contact stehenden Flächen könnte dann eine Verminderung, eine Vergrösserung eine Vermehrung der Sensibilität der Zellen heibeiführen. Wäre dies der Fall, so könnte es zu einer den Vortragenden befriedigenden Theorie des Schlafes führen. Während des normalen Schlafes könnten nämlich die Protoplasmafortsätze maximal eingezogen sein, während des Halbschlafes sich theilweise berühren und so dumpfe Empfindungen vermitteln. Wird die Erregung noch mächtiger, so treten immer zahlreichere Verästelungen miteinander in Contact und führen auf diese Art zum Erwachen.

Chauveau findet diese neue Theorie sehr geistvoll, Giard weist darauf hin, dass ein Reiz auf die Fortsätze der Amöben wenigstens immer nur contractionserregend wirkt, aber nie eine Verlängerung der Fortsätze hervorruft.

Marinesco: Ueber Verbindungen zwischen dem Corpus striatum und dem Lobus frontalis.

Marinesco hat nach vollkommener oder partieller Zerstörung des Stirnlappens beim Hund und beim Affen in dem Corpus striatum, speciell im Nucleus caudatus der nach 14 Tagen getödteten Thiere feine Bündel gefunden, welche degenerirte Nervenfasern enthalten. Diese Bündel folgen dem Zug der inneren Kapsel und gehen von ihrem vorderen Antheil aus in den Nucleus caudatus ein. Hier scheinen einige von ihnen den Kern direct zu durchwandern, während andere in ihn eindringen und in ihm verschwinden. Es gibt demnach eine Bahn, welche den Stirnlappen mit dem Corpus striatum verbindet, und welche wahrscheinlich als Associationsbahn aufzufassen ist.

Courmont und Doyon: Darmläsionen bei experimenteller Diphtherieintoxication.

Die Verfasser haben, nachdem sie einem Hunde hohe Dosen von Diphtherietoxin injicirt und ihn damit in fünf Stunden getödtet hatten, Darmveränderungen gefunden, welche einer Enteritis pseudomembranacea entsprechen. Die ganze Oberfläche des Dünndarmes war von einer gelbgrünlichen, gelatinösen, wenig adhärenten Substanz bedeckt, welche sich in Fetzen abziehen liess und nicht aus Fibrin, sondern aus stark verfetteten Darmepithelien bestand. Darunter war die Schleimhaut verdickt, ödematös gequollen, infiltrirt, dunkel geröthet.

Masoin: Hämoglobinveränderungen bei Myxödematösen.

Masoin hat in mehreren Fällen von Myxödem nach der hämatospectroskopischen Methode Hénocque's den Gehalt des Blutes an Oxyhämoglobin gemessen. In zwei Fällen von congenitalem Myxödem fand er Ziffern von 6% und 7%, in einem Fall von erworbenem Myxödem 6·5%. Masoin weist darauf hin, dass er diese Verringerung des Oxyhämoglobingehaltes im Blute Myxödematöser schon beim experimentellen, durch Exstirpation der Glandula thyroidea erzeugten Myxödem gefunden habe.

Sitzung vom 9. Februar 1895.

Lépine: Mechanische Theorie der hysterischen Lähmungen, des Somnambulismus, des natürlichen Schlafes und der Zerstreutheit.

Durch die in der vorigen Sitzung von Duval gemachte Mittheilung über eine histologische Erklärung des Schlafes sieht sich Lépine veranlasst, auf eine sechs Monate vorher von ihm verfasste Arbeit hinzuweisen, in der er die histologische Thatsache der Contiguität der Protoplasmafortsätze nicht nur zur Erklärung des Schlafes, sondern auch zu der anderer functioneller Störungen verwendet hat. Durch die Beobachtung eines Hysterischen, der in unmittelbarer Aufeinanderfolge aus dem Zustand completer Taubheit in den normaler Hörfähigkeit überzugehen pflegte, ist Lépine auf die Hypothese gebracht worden, dass die Aufmerksamkeit des Patienten im Stande sei Protoplasmafortsätze bis zum vollständigen Contact zu verlängern. Auch die Thatsache, dass hysterische Lähmungen oft einer einzigen festen Willensanstrengung des Patienten weichen, sowie den plötzlichen Uebergang aus dem Zustand des Schlafes in den des Wachens hat Lépine schon damals auf diese Fähigkeit der Protoplasmafortsätze durch Streckung oder Zusammenziehen ihren Contact herzustellen oder aufzuheben zurückgeführt.

Nocard: Einfluss der Mahlzeiten auf den Uebergang der Mikroben in's Blut.

Nocard hat bei Benützung von aseptisch entnommenem Serum wiederholt bacterielle Trübung desselben vor dem Gebrauch beobachtet und ist durch Beobachtung derartiger Fälle darauf gekommen, dass das Serum sich dann trübe, wenn es mehrere Stunden nach der Mahlzeit entnommen werde. Durch einige Versuche, welche den Einfluss der Mahlzeiten auf den Uebertritt von Mikroben in's Blut verfolgten, kam er zu dem Resultat, dass das einem nüchternen Thier entnommene Serum fast immer steril ist, dass dagegen 4—5 Stunden nach der Mahlzeit bei der Verfütterung magerer Nahrungsmittel der Chylus reich, nach Verfütterung fetter Nahrungsmittel von unzähligen Bacterien erfüllt ist, welche Gelatineplatten ausserordentlich rasch verflüssigen.

---

62. Jahresversammlung der British medical Association in Bristol.

Section für Augenheilkunde.

(Fortsetzung.*)

Landolt (Paris). Einige Regeln zur Erleichterung der Diagnose der Augenmuskellähmungen.

Ich basire meine Diagnose immer auf das charakteristischeste Symptom, nämlich auf die Diplopie und nicht auf die Stellung der Augen, die oftmals täuscht. Wir müssen nur den Mangel an Uebereinstimmung berücksichtigen, welcher zwischen der Sehlinie und der Pupillaraxe besteht; und besonders die Höhenabweichungen der Augen, denen man häufig begegnet und die bedeutende Grade erreichen können.

Ich untersuche sofort mit einer brennenden Kerze und nach Verdeckung eines Auges mit einem farbigen Glase die Natur der Doppelbilder. Meine 1. Regel lautet: Das erkrankte Auge ist jenes, das der Richtung des Bildes entspricht, welches die Diplopie (i. e. den Abstand der Doppelbilder von einander) vermehrt. Nehmen wir z. B. einen Fall von homonymer Diplopie. Wenn die Distanz der Bilder beim Blick nach links hin wächst, so ist das linke Auge erkrankt und umgekehrt. In Fällen von gekreuzter Diplopie steht das Bild des rechten Auges links und das des linken Auges rechts. Wenn die beiden Bilder nach links hin sich von einander entfernen, so ist das rechte Auge erkrankt, weil sein Bild auf der linken Seite steht.

Nachdem so das gelähmte Auge ermittelt wurde, wird die 2. Regel angewendet, welche lautet: Der gelähmte Muskel ist derjenige, welcher dem Auge die Stellung und Richtung des falschen Bildes gegeben hätte. In dem ersten der beiden Beispiele (homonyme Diplopie, linkes Auge erkrankt) ist es der Rectus lateralis, welcher gelähmt ist, weil es derjenige Muskel ist, welcher das linke Auge nach dem Orte des falschen Bildes gedreht hätte. In dem zweiten Beispiele (gekreuzte Diplopie durch Erkrankung des rechten Auges) ist es der Rectus medialis, der gelähmt ist, weil es derjenige Muskel ist, der das rechte Auge nach links gegen sein Bild hin gedreht hätte. Nehmen wir an, dass wir das rothe Glas vor das linke Auge gesetzt hätten und dass der Patient sage, das rothe Licht ist unten, das gelbe oben. Diese Erscheinung könnte durch Lähmung des Rectus inferior oder des Obliquus superior des linken Auges oder durch

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1895, Nr. 7.

Paralyse des Obliquus inferior oder des Rectus superior des rechten Auges hervorgerufen sein. Die aufgestellten Regeln sollen uns bei der Analyse leiten. Wenn die verticale Diplopie beim Blick nach oben wächst, so ist es das rechte Auge, welches befallen ist, weil sein Bild höher steht. Wenn die verticale Diplopie beim Blick nach oben abnimmt, so ist nicht das rechte Auge afficirt und der Verdacht der Erkrankung fällt auf das linke. Nehmen wir nun an, dass die Höhendistanz der Bilder beim Blick nach unten wächst, so ist das linke Auge das erkrankte. Die 2. Regel sagt uns weiter, dass es einer von den Senkern des Auges ist, welcher gelähmt ist, weil sie es sind, die das Auge gegen das unten stehende Bild richten. Wenn der Patient angibt, dass die rothe Flamme links steht (homonyme Diplopie) und dass ihr oberes Ende nach rechts neigt, so wissen wir sofort, dass es sich um eine Lähmung des Obliquus superior handeln müsse, weil dieser Muskel das Auge nach aussen - unten zieht und den verticalen Hornhautmeridian mit seinem oberen Ende nach innen dreht. Die entgegengesetzten Verhältnisse hätten eine Paralyse des Rectus inferior aufgedeckt.

Wenn die Angaben des Patienten bezüglich des Wachsens der Lateraldistanz und der Neigung der Doppelbilder unverlässlich sind, dann bediene man sich der Methode Mauthner's zur Differentialdiagnose zwischen Lähmung der Obliqui und Recti. Man entscheidet, in welcher Richtung die Höhendistanz wächst — wenn gegen die Schläfe hin, ist es der Rectus; wenn gegen die Nase hin, ist es der Obliquus.

Es ist vortheilhaft, statt mit der Kerze im Zimmer herumzugehen, dieselbe ruhig hinzustellen und nun den Kopf des Patienten zu drehen. Auch ist dann die Schwierigkeit der Projection, wenn man den Wänden oder dem Fussboden des Zimmers zu nahe kommt, vermieden.

3. Regel. Die Kopfhaltung des Patienten correspondirt immer mit der physiologischen Wirkung des gelähmten Muskels. Drehung des Kopfes nach links bedeutet Lähmung eines Linkswenders, also M. rect. later. s. oder rect. med. d. Hebung des Kopfes, Lähmung eines Hebers etc. Landolt hat diese Regeln und ihre praktische Anwendung auf einer Tafel dargestellt, die bei Curry & Paxton erschienen ist.

(Es ist nicht viel neues was Herr Landolt da vorgebracht hat und beansprucht auch nicht mehr Bedeutung, als etwa ein ganz instructiver Vortrag für Studenten zu sein. Dass er die Doppelbilder als das charakteristischeste Symptom der Lähmungen in Bezug auf die Diagnose hinstellt, ist eine Ansicht, die wohl Niemand billigen kann. Wenn die Sache so einfach wäre, wie sie Landolt darstellt, dann brauchte sich wohl Niemand mehr mit der Diagnose der Augenmuskellähmungen zu plagen. Aber schon Mauthner, der gewiss eine Autorität auf diesem Gebiete war, sagt, dass es Fälle gibt, bei welchen die Analyse der Doppelbilder zu keinem Resultat führt und betont ausdrücklich, dass das Symptom der Neigung der Doppelbilder ganz unverwerthbar sei und daher besser gar nicht berücksichtigt werde. Ref.)

Stevens (New-York). Die Bedeutung der Erhaltung gleicher Beweglichkeit beider Augen nach Operationen an den Augenmuskeln.

Der Ausdruck das Schielauge hat zu grossen Irrthümern in der ganzen Lehre geführt. Als eine Regel beim Strabismus concom., eine Regel mit wenigen Ausnahmen (ohne Rücksicht auf pathologische Fälle) kann gelten, dass es kein Schielauge gibt, insofern als mit dieser Bezeichnung die Abweichung eines Auges gemeint ist. Der Strabismus concom. stellt eine Wechselbeziehung beider Augen dar, und wenn eine actuelle Abweichung eines Auges nach innen oder aussen besteht, so participirt daran das andere Auge fast immer. Wenn wir einen gewöhnlichen Fall von Strabismus mit Aufmerksamkeit untersuchen, so werden sich uns mehrere auffallende Momente ergeben.

1. Die bekannte Secundärablenkung, wenn das für gewöhnlich abgelenkte Auge zur Fixation gezwungen wird. Während es wahr ist, dass eine Secundärablenkung bei Paralyse eines einzelnen Muskels eines Auges eintritt, unterscheidet sich diese Secundärablenkung wesentlich von derjenigen beim Strabismus concomitans.

2. Die weit weniger bekannte Thatsache, dass bei extremer Rotation jedes Auges nach der Nasen- oder Schläfenseite, die Beweglichkeit in vielen Fällen genau gleich ist, und in Fällen, wo eine leichte Differenz gefunden wird, es gewöhnlich nicht der verschiedenen Spannung der Recti laterales zuzuschreiben ist, sondern später zu besprechenden Gründen.

Nehmen wir an, es handle sich um einen gewöhnlichen Fall von Strabismus convergens. Die Beweglichkeit beider Augen nach innen ist beiderseits gleich und beiderseits grösser, als die normale. Die Beweglichkeit nach aussen weist gewöhnlich keine Differenz auf, und die Verminderung, wenn eine besteht, kann dasjenige Auge betreffen, welches gewöhnlich fixirt. Wenn dann bei Verdeckung des gewöhnlich abweichenden Auges eine Secundärablenkung eintritt, die gleich ist der primären Ablenkung und wenn die Beweglichkeit beider Augen eine übergrosse ist und gleich in der Richtung der Ablenkung, so drängt sich natürlich die Frage auf, warum ein Auge gewöhnlich fixirt, während das andere gewöhnlich abgelenkt ist.

Setzen wir einen Fall von Strabismus convergens mit ganz gleicher und excessiver Adduction beider Augen mit ganz gleichartigen Spannungsverhältnissen der Heber und Senker, so wird Strabismus convergens alternans eintreten. Wenn aber ein Auge gewöhnlich abgelenkt wird, so wird es dasjenige sein, welches für die Fixation des Objectes, vermöge seiner Accommodationsfähigkeit weniger geeignet ist. (Dann müsste bei Verlust der Accommodation sich der Strabismus ändern, was thatsächlich gewöhnlich nicht geschieht. Ref.) In gewissen Fällen, in welchen ein Auge emmetropisch und das andere myopisch ist, ist es wohl bekannt, dass das emmetropische Auge zum Sehen in die Ferne und das myope zum Sehen in der Nähe verwendet wird. Gewöhnlich findet man den Grund für den dauernden Gebrauch eines Auges in der Thatsache, dass der Patient das Auge verwendet, welches ihm die beste Sehschärfe bietet. Bei Anisometropie wird gewöhnlich dasjenige Auge zur Fixation verwendet, dessen Refractionszustand sich mehr der Emmetropie nähert. Die Thatsache dieser Auswahl beweist nicht ein besseres oder verschiedenes Muskelgleichgewichtsverhältniss auf Seite des ausgewählten Auges, noch auch ist das Auge, welches nicht fixirt, mehr Schielauge als dasjenige, welches gewöhnlich zum Fixiren benützt wird.

Der Strabismus mit seitlicher Ablenkung beruht nicht selten in einer Differenz der Spannungsverhältnisse der in verticaler Richtung wirkenden Muskeln. Diese Differenz ist sehr störend für den Patienten. Das Bestreben, verticale Objecte vertical und horizontale Objecte horizontal zu sehen, ist sehr kräftig. Dort wo es nicht erfüllt werden kann, wird das Köpergleichgewicht empfindlich gestört; es ist viel leichter horizontales als verticales Doppeltsehen zu ertragen. In dem Bestreben, sich von der verticalen Diplopie zu befreien, werden zwei Mittel angewendet werden. Entweder es wird die Fähigkeit erlangt, das eine Bild psychisch zu unterdrücken; das ist aber sehr schwer, wenn die Bilder nahe beisammen stehen. Gelingt dies nicht, so kann der Patient, indem er die vertical wirkenden Muskeln sehr anstrengt, die Bilder in gleiche Höhe bringen; gleichzeitig wird in Folge der adducirenden Wirkung eben dieser Muskeln eine Deviation nach innen erzeugt. Diese Ablenkung nach innen mag in vielen Fällen durch ein gewisses Uebergewicht der Interni über die Externi noch gefördert werden.

Wenn einmal die Gewohnheit einer derartigen Horizontal--ablenkung sich festgesetzt hat, dann kann die Tendenz, die Doppelbilder auf gleiche Höhe zu bringen, in gewissem Masse abnehmen, denn durch das Horizontalschielen wird das Bedürfniss, horizontal stehende Bilder zu erhalten, verändert. Wenn durch ein solches Schielen die Bilder weit von einander abgerückt werden, so steigt die Fähigkeit eines derselben zu unterdrücken. (Quo usque tandem! Also auf die unbewiesene Behauptung hin, dass überhaupt jemals Doppeltsehen bestand, wird gefolgert, dass dieses ein verticales war, dann soll es durch eine ganz merkwürdige Muskelaction in ein horizontales verwandelt werden und da dabei die Doppelbilder angeblich weit von einander abstehen, was durch nichts bewiesen ist, so kann der Patient jetzt leicht eines unterdrücken. Man könnte das «Ein Doppelbild in die Falle locken» nennen. In Wirklichkeit scheint sich der Vortragende in seinen eigenen abstrusen Gedankengängen verirrt zu haben. Ref.)

In diese Classe gehören jene Schielfälle, welche durch Convexgläser gebessert werden. Wenn der Rectus superior und inferior eines Auges stärker sind als am andern, so muss die Beweglichkeit eines solchen Auges nach aussen scheinbar etwas vermindert sein und dadurch kann der Verdacht erweckt werden, dass der Rectus intern. stärker oder der Rect. extern. schwächer ist, als am anderen Auge. In dieser ungleichen Spannung der Heber und Senker liegt auch eine Erklärung für die Ausnahmen von der früheren ausgesprochenen Regel, dass das weniger ametrope Auge fixirt. Wenn nämlich das bessere Auge stärker nach oben gezogen wird, so wird, da die Schwierigkeit, es in der richtigen Direction zu erhalten, zu gross ist, manchmal das schlechtere Auge zur Fixation verwendet. (?! Ref.)

Der Vortragende behauptet dann ferner, dass das Ziel der Schieloperation die Wiederherstellung des binocularen Sehactes sein müsse und dass dieses Ziel durch die übliche Ablösung des Rectus internus eines Auges nicht erreicht werde, weil das andere Auge dabei in seinen falschen Muskelspannungsverhältnissen bleibt. Er empfiehlt also, dass jede Veränderung an einem Seitenwender durch Rück- oder Vorlagerung, welche irgendwie die Beweglichkeit eines Auges modificirt, immer von einer ganz gleichartigen Operation an dem correspondirenden Muskel des anderen Auges begleitet werde. Ein geringer Grad von Strabismus convergens oder divergens wird durch Operation am Rectus superior behoben, indem der Grund für das Schielen beseitigt wird.

An der Discussion betheiligten sich Savage, Wray, Thompson, Landolt. K.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Migräne. Von **G. J. Moebius.** (Aus dem XII. Band der Speciellen Pathologie und Therapie. Herausgegeben von **H. Nothnagel.** Verlag von Alfred Hölder. Wien 1894.)

Die Reihe der neurologischen Beiträge zu dem im Erscheinen begriffenen grossen Handbuch der internen Medicin von Nothnagel hat Herr Moebius mit einem 7 Bogen starken Büchlein über die Migräne eröffnet, welches weit über den Kreis der Neurologen hinaus Interesse erwecken und Anerkennung finden dürfte. Die Arbeiten des Herrn Moebius gehören zu jenen, die gleichzeitig ein Bild von der Persönlichkeit des Autors geben, und die von dieser Persönlichkeit in der Vorstellung des Lesers nicht zu trennen sind. So bezeugt auch die vorliegende Schrift alle die Eigenschaften, die man von Herrn Moebius schätzen gelernt hat, den Muth in der Beobachtung seinen eigenen Augen zu trauen, die kritische Lust einen Schein zu zerstören, die Folgerichtigkeit des Denkers, der es im Streit nicht vermeidet, auf die letzten Gründe des Erkennens und des Zweifelns zurückzugehen. Zu dieser Charakteristik füge man noch hinzu, dass die Darstellung unseres Autors alle Lücken und Widersprüche eines Wissensgebietes mit unerbittlicher Aufrichtigkeit klarlegt, sowie, dass er sorgfältig darauf achtet, ob auch bei der Auffassung der Krankheitssymptome und bei der Werthschätzung der Therapie dem neu in der Medicin zur Geltung gelangten psychischen Factor sein Recht widerfährt.

Dieses Büchlein ist nicht blos instructiv, es ist auch fesselnd vom Anfang bis zum Ende. Es ist in einem correcten und vornehmen Styl geschrieben, während doch so viele medicinische Autoren vergessen, dass Fachbildung nicht von allgemeiner Bildung dispensirt und nicht die Anforderungen aufhebt, welche eine Nation an die in ihrer Sprache schriftstellernden Personen stellen darf. Es bringt kritische Sätze und Gedanken von weittragender Bedeutung oft in der glücklichsten und eindruckvollsten Einkleidung. Ich führe einige Sätze an, in denen Moebius sein Urtheil über die «vasomotorische Theorie» der Migräne niederlegt (p. 105). «Ich bin der Ueberzeugung, dass die vasomotorische Theorie todt sei, dass sie nur vermöge der vis inertiae noch gelehrt werde, und mir fehlt daher der Muth, ausführlich auf die Bestreitung des nicht mehr Lebendigen einzugehen. Nur kurz seien die wichtigsten Punkte hervorgehoben. Allüberall, im Physiologischen wie im Pathologischen sind die Vorgänge in den Parenchymzellen das primäre, die Aenderungen der örtlichen Circulation sind Folgeerscheinungen; das Parenchym ist der Herr, die Circulation der Diener.»

Es wäre verlockend, dem reichen Inhalt dieses Buches im Einzelnen nachzugehen, allein ich lehne es ab, denn ich möchte hier weder eine blosse Inhaltsangabe, noch eine Sammlung kleiner Ausstellungen bringen. Dafür sei es mir gestattet, zwei Punkte, gleichsam in Ergänzung der Ausführungen Moebius, eingehender zu behandeln, von denen ich meine, sie müssten in einer nächsten Darstellung der Migräne einen breiteren Raum einnehmnn. Zunächst möchte ich die Aufmerksamkeit auf die «hemikranischen Aequivalente» lenken, Zustände von Anfällen, die sich aus anderen Symptomen zusammensetzen als die Migräne, die aber nach allen Verhältnissen von Auftreten und Verlauf, und besonders wegen ihrer Vertretbarkeit durch Migräne, mit letzterer identificirt werden müssen. Es ist klar, dass diesen Migräneäquivalenten ein hohes diagnostisches und theoretisches Interesse innewohnt. Moebius versäumt es auch nicht, dieselben zu erwähnen und klagt, dass man noch recht wenig über sie wisse.

Ich kenne aus eigener Erfahrung, die gewiss jeder Leser bestätigen kann, drei Formen der Migräneäquivalente, die Magen-, Rücken- und Herzmigräne. Die Magenmigräne ist eigentlich eine rudimentäre Kopfmigräne, von der allein die Magenerscheinungen übrig geblieben sind. Ich erinnere mich an die Patientin, bei der ich sie zuerst diagnosticirte, eine junge Dame, deren «Magenleiden» von ihrem Arzt noch heute nicht als Migräne anerkannt ist. Das Magenleiden besteht in Anfällen von Uebligkeit, die in wiederholtes Erbrechen ausgehen, und die bis 24 Stunden anhalten, die kurze Zeit nach der Pubertät aufgetreten sind, zuerst seltener, jetzt häufiger vorkommen und die Pausen von mehreren Wochen zu lassen pflegen. Ein leiser Stirndruck und ausgesprochene Empfindlichkeit gegen Licht und Schall, die während des Anfalles bestehen, ermöglichen die Agnoscirung dieses nervösen Magenleidens als Migräne.

Wie man sieht, ist die Magenmigräne nichts, was das Bild der Migräne um neue Züge bereichern würde. Dies ist aber der Fall bei der «Rückenmigräne», die ich bemerkenswerther Weise bei der Schwester der vorher erwähnten Kranken zuerst kennen gelernt habe. Diese Dame hatte durch ihre ganze Jugend bis zu einer bestimmten Epoche an gemeinen nicht allzu schweren Migränen gelitten. Eine Aenderung tritt ein, als sich bei ihr eine arge Neurose gemischten Charakters entwickelte (Hystero-Neurasthenie). Von da an litt sie an Anfällen von Rückenschmerzen, die in der Wirbelsäule tobten und reifartig den Leib umgriffen. Der Rücken zeigte (auch intervallär) eine hysterische Analgesie, die Deutung als Migräne stammt von der Kranken selbst, welche die Schmerzen hier wie dort als absolut identisch erklärte. Sie habe, sagte sie, «Migräne im Rücken» es gab bei ihr zeitweilig Etats de mal, zusammenfliessende Anfälle; eine Deutung dieser Rückenschmerzen auf organische Erkrankung lernte ich in vieljähriger Beobachtung ausschliessen. Mit der Besserung der Neurose traten die Kopfmigränen wieder auf, in den letzten zwei Jahren hat die Dame bei leidlicher Gesundheit die Abwechslung zwischen ihren alten und ihren modificirten Migräneanfällen, die übrigens beide nur vereinzelt kommen. Die Rückenmigräne kommt bei ihr auf dieselben Anlässe wie die andere, dauert aber in der Regel etwas länger. Unter den Anlässen ist nur der Coitus interruptus, der auch bei der Entstehung der Neurose seine Rolle spielt, unzweifelhaft. Magensymptome waren in diesem Fall kaum angedeutet. Ich habe die Rückenmigräne seither wiederholt angetroffen. Zuletzt bei einem Mädchen, das durch mich während einer Mastcur von seinen Zwangsvorstellungen befreit wurde. Diese Kranke hatte lange Zeit an gemeinen Migränen gelitten, zu deren Bild sowohl Uebligkeiten als Schmerzen im Genick und Schultern gehörten. Während einer durch Zwangsvorstellungen hervorgebrachten Verschlimmerung ihres Zustandes klagte sie in ihren Migräneanfällen über die heftigen Schmerzen längs des ganzen Rückens, neben welchen die Kopfschmerzen in den Hintergrund traten. Im Verlaufe der Mastcur sah ich an ihr einen Anfall, an dem sich Kopf- und Rückenschmerzen in gleicher Weise betheiligten und zwei weitere Anfälle in Pausen von je 4 Wochen die wiederum reine Kopfmigräne waren. Wie man sieht, hatte in diesem Falle die Rückenmigräne sich überhaupt nicht völlig von der «Kopf-

migräne» abgelöst. Auch hier entsprach übrigens wie im vorerwähnten Falle die Rückenmigräne einer Zeit von Verschlimmerung und trat mit der Besserung des Allgemeinzustandes zurück. In beiden Fällen war ferner eine sehr gut kenntliche Spinalneurasthenie vorhanden, welche durch die Behandlung nahezu behoben wurde.

Die dritte Form des Migräneäquivalents, die Herzmigräne, kenne ich nur in wenigen Beispielen; ich meine aber, sie müsse Anderen häufiger untergekommen sein. Als typisches Vorbild beschreibe ich den Fall eines etwa 50jährigen Collegen, der in seiner Jugend an gemeiner Migräne gelitten hat. Dieser Arzt, der nach seinen Leistungen zu urtheilen über ein sufficientes Herz verfügte, wird in Pausen und auf Anlässe hin, wie sie der Migräne entsprechen, von Arythmie mit leicht peinlicher Beklemmung befallen, die 3—6 Stunden anhält und von leisem Druck in beiden Schläfen begleitet ist. Die Anlässe sind eine gestörte Nachtruhe, ein Aerger oder schwere Sorge im Beruf; die Häufigkeit der Anfälle variirt zwischen zweimal in der Woche und einmal in 3 Wochen. Ich halte diese Anfälle für hemikranische Aequivalente, will aber gerne zugeben, dass in der Reihe von solchen Anfällen bis zur gemeinen Hemikranie noch Zwischenglieder mangeln. Im Uebrigen meine ich nicht, dass mit diesen Zusätzen zur gemeinen und zur Augenmigräne die Mannigfaltigkeit der Migräneformen erschöpft ist.

Des Weiteren möchte ich eine Beziehung der Migräne hervorheben, gegen die sich auch Moebius nicht ablehnend verhält, die Beziehung dieses Zustandes zur Nase — ich sage absichtlich nicht zu den Krankheiten der Nase. Ich habe zwei, zunächst nur subjectiv wirksame Gründe, mich hiefür einzusetzen, erstens die am eigenen Leib gemachte Erfahrung, dass häufige und schwere Migräne durch Behandlung hypertrophischer Schwellkörper in seltene und leichte verwandelt werden können, und zweitens die genaue Bekanntschaft mit den Arbeiten und überraschenden Heilerfolgen eines den Lesern dieses Blattes wohlbekannten Forschers, des Dr. W. Flies in Berlin. Nach Fliess, der vor seinem Vorgänger Hack das Cocain als diagnostisches Hilfsmittel, die kühne Technik der modernen Therapie und Gesichtspunkte von allgemeiner Bedeutung voraus hat, wäre der Nase eine Rolle in der Pathogenese der Kopfschmerzen überhaupt sowie der Migräne nicht nur ausnahmsweise, sondern eher als Regel zuzugestehen. Lässt sich dies bestätigen, so werden wir die Beziehung der «symptomatischen Migräneanfälle» zur «Krankheit Migräne» (p. 69) wohl besser verstehen können als heute. Auch würde es dann leichter fallen, die Einwände gegen die nicht ansprechende Definition der Migräne bei Moebius zu formuliren, der in diesem so überaus häufigen und leicht erwerbbaren Leiden eine «Form der ererbten Entartung» sieht. Sigm. Freud.

Der menschliche Organismus und dessen Heilung mittelst der Elektricität. Von den **Doctoren v. Alimonda.** Verlag Julius Dase, Triest 1894.

In dem Vorwort zu dem stattlichen, 3 Bände umfassenden Werke sagen die Autoren unter Anderem: «Was das Heilverfahren selbst betrifft, so wünschen wir strenge Prüfung und Beurtheilung desselben. Unser Wunsch und Bestreben geht nur dahin, Gutes zu stiften; bei Beurtheilung dieses Werkes und der Folgen desselben, wolle man dies nicht ausser Acht lassen.» Der erste Band enthält chemisch-physikalische, anatomische und physiologische Mittheilungen. Im zweiten Bande finden wir eine kurze Darstellung der häufigsten Krankheitszustände. Der dritte Band ist der wichtigste Theil des Werkes: in demselben besprechen zunächst die Autoren in kritischer Weise die heute herrschenden Heilsysteme und den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Therapie und lassen darauf eine Darstellung ihrer therapeutischen Principien folgen. Zahlreiche Krankengeschichten sollen die theoretischen Ausführungen begründen.

In der Auffassung der Krankheitserscheinungen lehnen sich die Autoren an die Kühne'sche Lehre der Krankheitseinheit an: für sie geht jede Krankheit zunächst aus einer Ernährungsstörung hervor, und mangelnde Ernährung irgend eines Körpertheiles wäre demnach die allererste Ursache einer jeden Erkrankung.

Dass die Autoren als Elektrotherapeuten, die Heilkraft der Elektricität hochanschlagen und als das beste und wirksamste Heilmittel bei allen Krankheiten, die überhaupt heilbar sind, ansehen, ist fast selbstverständlich. Für sie wirkt jedoch die Elektricität nicht als solche gegen einen Krankheitsprocess, sondern sie dient nur dazu, die natürlichen Heilkräfte des Organismus zu heben und zu unterstützen. Daher besteht ihr Heilverfahren hauptsächlich in der allgemeinen Elektricitätszufuhr.

Es zeugt von einer seltenen Ehrlichkeit, dass die Autoren auch jene Fälle anführen, die, auch unter der von ihnen so gerühmten elektrischen Behandlung, letal endeten.

Druck und Ausstattung sind ausgezeichnet. T.

Zeitungsschau.

J. H. Wright: Ueber die Züchtung des Gonococcus in Fällen von Gonorrhoe, Blennorrhoea conjunctivae und Pyosalpinx. (The American Journal of the Medical Sciences, Feb. 1895.)

Die Neisser'schen Gonococcen wurden, nachdem sie als Erreger der Gonorrhoe und Conjunctivalblennorrhoe erkannt worden waren, auch bei der Vulvo-Vaginitis der Kinder, in einer gewissen Anzahl von Fällen von Pyosalpinx und anderen entzündlichen Zuständen des weiblichen Genitales, sowie in einigen Fällen von sogenannter gonorrhoischer Endocarditis und Arthritis beim Manne nachgewiesen.

Da die gewöhnlichen Culturmedien sich zur Züchtung des Gonococcus nicht eignen, und die besonderen zu seinem Wachsthum nothwendigen Bedingungen schwer herzustellen sind, beschränkten sich die meisten dieser Arbeiten auf das Studium gefärbter mikroskopischer Präparate, da schon die Morphologie des Organismus sowie seine Farbenreactionen und seine Lage innerhalb der Leukocyten die Identification ermöglichen. Indess können so irrthümlicher Weise andern ähnliche Coccen für ihn genommen werden und anderseits werden die Gonococcen, wenn in geringer Anzahl vorhanden, möglicherweise übersehen.

Mehrere Bacteriologen haben daher, zum Theil mit Glück, Culturversuche angestellt. Zuerst hat Bumm sie auf coagulirtem menschlichem Blutserum gezüchtet (aus dem Eiter von Tripper und Conjunctivalblennorrhoe); derselbe hat auch durch Erzeugen gonorrhoischer Urethritis mittelst Impfung die ätiologische Bedeutung der Gonococcen ausser Zweifel gestellt.

Wertheim verbesserte die Culturmethode durch Benützung einer Mischung von Agar und menschlichem Blutserum, auf der die Gonococcen üppiger wuchsen. Ihm gelang auch ihr Nachweis bei Pyosalpinx (7 Fälle), Ovarialabscess (2 Fälle) und in einem Fall bei nach Pyosalpinx aufgetretener Peritonitis. Auf Ochsenserum fand er weniger lebhaftes Wachsthum.

Steinschneider fügte zu der Wertheim'schen Mischung sterilisirten Urin; auch so gelangen Culturversuche und wurden virulente Culturen erzielt.

Die Schwierigkeit aller dieser Methoden liegt in der Beschaffung des menschlichen Blutserums. Doch sind die von anderen empfohlenen noch weniger durchführbar, wie die Verwendung von Vogeleiweiss nach v. Schrötter und Winkler, von Kniegelenksexsudat nach Anfuso, und Ovarialcysteninhalt nach Menge. Wertheim bemerkte übrigens auch ein geringes Wachsthum auf einfachem Agar und Glycerinagar, was Günther bestätigt. Dies scheinen jedoch nur Ausnahmen zu sein.

Wright hat nun, im Allgemeinen der Methode von Steinschneider folgend, von 7 Fällen von Gonorrhoe, 8 Fällen von Blennorrhoea conjunctivae, 4 Fällen von Pyosalpinx und einem von Vaginitis bei einem Kind die Gonococcen gezüchtet. Anstatt indess, wie Steinschneider, den Urin und das Blutserum unter antiseptischen Cautelen zu sammeln, geschieht dies nach Wright ohne besondere Vorkehrungen, wogegen dann die Mischung durch Filtration durch unglasirtes Porzellan von Bacterien befreit wird. Dies vereinfacht die Methode wesentlich. Es wurde sowohl

menschliches als Ochsenblutserum verwendet und letzteres als ebenso vollkommen zweckentsprechend erkannt.

Die Gonococcencolonien erscheinen nach 24 Stunden auf dem Urin-Serum-Agar als graue, durchscheinende Punkte von weniger als 1 mm Durchmesser. Nach 48 Stunden sind sie etwa 1 mm im Durchmesser, etwas elevirt, rundlich contourirt, haben im reflectirten Licht das Aussehen von gefrorenen Glasscheiben. Später wachsen sie bis zu einem Durchmesser von über 2mm, werden dicker und dichter gesät, im Centrum schwach bräunlich, unregelmässig begrenzt.

Nur in zwei von allen Fällen wuchsen die Colonien, auf Glycerinagar transplantirt, spärlich fort. Die Unfähigkeit des Wachsthums auf Agar ist also ein wichtiges Charakteristicum für den Gonococcus. Ein weiteres, zuerst von Roux constatirtes, wichtiges Merkmal, nämlich die Entfärbung durch die Gram'sche Tinctionsmethode, wurde in jedem einzelnen Falle bestätigt.

Die Lebenszähigkeit der Culturen ist eine veschiedene und hängt jedenfalls von dem verwendeten Medium in erster Linie ab. Indess verlieren sie rascher ihre Vitalität als andere Coccen; Colonien, die eine Woche oder sogar nicht einmal so alt sind, sind bereits unverlässlich. Wertheim fand eine Cultur noch nach 6 Wochen lebensfähig, während Bumm schon nach einigen Tagen die Fähigkeit, in Tochtercolonien zu wachsen, verloren fand.

Zur Erhaltung der Culturen sind nur recente Fälle von Gonorrhoe geeignet. In von älteren Fällen gewonnenen Culturen überwuchern bald eine Anzahl verschiedener rasch wachsender Bacterien die Oberfläche des Mediums.

Bei Pyosalpinx fand Wright Gonococcen in 4 von 20 (d. i. 20%) Fällen. Der Durchschnitt der Resultate anderer Beobachter ergibt 31% (unter 108 Fällen 34), in denen die Gonococcen nachgewiesen wurden. V.

George Dock: Geisseltragende Protozoen im frischgelassenen Harn eines Mannes; vorläufige Mittheilung.

Der 27jährige Patient kam wegen Harndrangs in Behandlung. Er hatte Intermittens gehabt und gelegentlich der Reconvalescenz eine Hämaturie, die als malarisch diagnosticirt worden war.

Seitdem stellten sich, immer beschwerlicher werdend, Attaquen von Harndrang ein, wobei der Patient in den letzten Tropfen des Urins (besonders zur Zeit, wenn die Harnentleerung ungewöhnlich schmerzhaft und häufig war) eine weisse wolkige Substanz bemerkte. Ein Arzt fand im Urin Eiter und Blut. Einige Tage nachher fand Dock den Harn klar, sauer, vom specifischem Gewicht 1020 und zahlreiche etwas über stecknadelkopfgrosse weisse Fleckchen enthaltend. Diese zeigten unter dem Mikroskop Eiterzellen, Epithelien, und eigenthümliche hyaline Körper, die als thierische Parasiten erkannt wurden. Sie gehörten zur Gattung Trichomonas, trugen am einen Ende 2—4 Geisseln, am anderen, aber nicht constant, einen geisselartigen Anhang. Sie zeigten keine Mundöffnung noch irgend ein Zeichen innerer Structur, dagegen Vacuolen, einen ovalen Kern und amoeboide Bewegungen des Protoplasmas. Der Beschreibung nach entspricht ihnen Trichomonas vaginalis.

Es sind bloss drei ähnliche Fälle bekannt. V.

Jolly: Ueber Myasthenia gravis pseudoparalytica. (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 1, 1895.)

14jähriger, früher ganz gesunder Junge, mit gut entwickelter Muskulatur (gewandter Kletterer), hereditär nicht belastet, erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren. Das erste Symptom war Schwäche der Lidheber, er konnte die Augen nicht lange offen halten. Dann stellte sich nach nnd nach eine immer zunehmende Ermüdbarkeit in den Extremitäten ein, so dass er auf der Strasse manchmal zusammenstürzte, aber dabei nie das Bewusstsein verlor. Auch die Nacken-, Kau- und Lippenmuskulatur erkrankte. Wenn er vorlas, ging es anfangs gut, nach einiger Zeit aber articulirte er schlecht, wie ein Paralytiker. Zunge und Schlundmuskeln frei. Die anfängliche Diagnose Dystrophia musculorum progressiva konnte nicht festgehalten werden. Es sind hier nicht einzelne Muskelgruppen dauernd ausser Function gesetzt, sondern mehr oder minder nehmen alle willkürlichen Muskeln an dem Process Theil, einzelne in höherem, andere in geringerem Grade, alle aber in der Weise, dass sie zunächst nach der Ruhe functionsfähig sind und dass sie nach kurzer Thätigkeit diese Fähigkeit verlieren, nun vorübergehend wie gelähmt erscheinen und dann abermals nach einiger Ruhe wieder functionstüchtig werden. In den letzten vier Wochen konnte man eine Besseruug der Erscheinungen constatiren.

Das Aussehen der Muskulatur und ihre mechanische Erregbarkeit ist normal, ebenso die Sehnenreflexe. Geradeso wie gegen die Ermüdung durch den Willensreiz, verhalten sich die Muskeln gegen die Reizung durch die Elektricität. Es werden sowohl die Ermüdbarkeit der Muskulatur durch active Bewegungen als auch die Myogramme der elektrischen Reizungen demonstrirt. Jolly nennt diese besondere Art der elektrischen Reaction die myasthenische. Die Eigenthümlichkeit des Krankheitsbildes besteht darin, dass in dem grössten Theile der willkürlichen Muskulatur ein Zustand abnormer Erschöpfbarkeit vorhanden ist, der sowohl bei Innervation derselben durch den Willensreiz, als bei directer Erregung derselben durch einen tetanisirenden elektrischen Reiz in Form eines raschen Nachlasses der Contractilität zur Erscheinung kommt. Die Krankheit stellt sich demnach als ein Gegenstück zur sogenannten Thomsen'schen Krankheit dar.

Ebenso wie gewisse Gifte (Digitoxin, Veratrin) einen ähnlichen Zustand hervorrufen können, wie in dieser Krankheit, den Jolly den myotonischen nennt, so kann durch das Protoveratrin ein myasthenischer Zustand erzeugt werden. Wir können daher nach diesen Analogien schliessen, dass es sich in letzter Linie um eine Störung des Muskelchemismus handle. Ob diese Muskelermüdbarkeit peripherer oder centraler Natur ist, lässt sich noch nicht entscheiden. Man kennt bisher 17 Fälle von dieser zuerst von Erb beschriebenen Krankheit, von denen 11 lethal verliefen. Ueber den Sitz der Krankheit weiss man noch nichts Gewisses. Wenn überhaupt ein centraler Process dem Leiden zu Grunde liegt, dann muss er entweder in der ganzen Länge der Cerebrospinalachse in den Ursprungsstätten der motorischen Nerven seinen Sitz haben oder er muss in noch centraler gelegenen Theilen der Pyramidenbahnen, von den Hirnschenkeln aufwärts nach den Centralwindungen zu localisirt sein. K.

Goldschmidt: Ueber Entfernung von Eisensplittern aus der Tiefe des Auges mit dem Elektromagneten. (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 3 u. 4, 1895.)

In drei Fällen wurde der Versuch gemacht, Eisensplitter mit dem Hirschberg'schen Elektromagneten aus dem Augeninnern zu entfernen. In einem Falle misslang die Extraction, in den beiden andern wurde der Fremdkörper zu Tage gefördert und in einem dieser beiden Fälle wurde eine S. = 1 erzielt. Verfasser zieht das Hirschberg'sche Instrument dem Riesenapparat von Haab vor und meint, dass man auch durch wiederholtes Eingehen in das Augeninnere nicht schade, wenn die Antisepsis streng gehandhabt werde. Schliesslich empfiehlt er die zwangsweise Einführung von Schutzbrillen bei den Arbeitern. Wie man sieht: Nihil novi!

K.

Heuse (Elberfeld): **Aristol in der Augenheilkunde.** (Therap. Monatshefteu, Februar 1895).

Von der Firma «Elberfelder Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Comp.» ist H. zur Anwendung in der Augenheilkunde das Präparat «Aristol» übersandt worden, und der Autor seit längerer Zeit mit demselben Versuche angestellt.

Es ergab sich, dass Aristol bei indolenten Hornhautgeschwüren mit eitrigem Grunde zuweilen ein ausgezeichnetes Mittel ist, um den eitrigen Grund zur Abstossung zu bringen, in Fällen, bei welchen die bisher gebräuchlichen Mittel völlig im Stich liessen.

Das Aristol wurde in Pulverform dicht mit einem Pinsel dem Geschwür aufgepudert und das Auge darauf einige Zeit geschlossen gehalten. Nach zwei Tagen war dann der Geschwürsgrund rein. Zur Reparation der Ulcera trägt das Aristol jedoch nicht bei; wenn der Geschwürsgrund abgestossen ist, empfiehlt es sich, zu den anderen bekannten Mitteln zu greifen.

Gleichfalls bewährte sich Aristol in 5%iger Salbenform bei ulceröser Blepharitis, wobei es wegen seines geringen Reizes einen gewissen Vorzug vor der gelben Präcipitatsalbe besitzt. Natürlich darf man nicht vergessen, die erkrankten Cilien aus den ulcerösen Stellen zu epiliren.

Sehr gute Erfolge hat H. auch von dieser 5%igen Salbe gegen hartnäckig recidivirende Hordeola gesehen (Abends in die Cilien zu verreiben). Somit ist das Aristol ein Mittel, welches dem berühmten Präcipitat Concurenz zu machen im Stande ist, und in geeigneten Fällen dasselbe übertrifft.

Walter G. Smith: Ein Fall von Angina membranacea bei Typhus abdominalis. (The Practitioner, Februar 1895.)

An einem jungen Mann, der 7 Tage vor seiner Aufnahme in's Spital unter Schüttelfrost und Erbrechen erkrankt war, und der dann einen schweren Typhus in der Dauer von 4 Wochen durchmachte, bemerkte man schon am Tage der Aufnahme eine beginnende Angina. Am nächsten Tag (10. December 1894) traten deutliche Schlingbeschwerden auf (niemals jedoch bestand Regurgitiren von Flüssigkeiten durch die Nase). Am 14. December bemerkte man eine graue Exsudatmembran auf der Uvula, die sich im Verlauf von 2 Tagen über die ganze Uvula, beide Tonsillen und einen Theil des weichen Gaumens ausbreitete. Die Membranen waren ziemlich leicht ablösbar, lösten sich auch spontan, sowie bei Hustenstössen und hinterliessen eine wenig oder gar nicht blutende Oberfläche. Es bestanden Athembeschwerden, aber keine Heiserkeit. Besonders auffallend war Herzschwäche, mit zeitweiligen Frequenzen von 130, und mehrere Tage anhaltender allgemeiner Cyanose. Am 26. December besserte sich der Zustand im Rachen entschieden und schien am 28. December völlig zur Norm zurückgekehrt.

Die bacteriologische Untersuchung von Theilen der Exsudatmembran ergab Fehlen von den Diphtherie-Erregern ähnlichen Bacillen; nur Coccen und Streptococcen wurden gefunden.

Der Fall ist aus verschiedenen Gründen von Interesse.

Einmal wegen der Seltenheit des Auftretens einer membranösen Angina bei Typhus abdominalis. Murchison erwähnt mehrere Fälle von Typhus, in denen «Diphtherie» als Complication auftrat und erwähnt ähnlicher Berichte von Louis, Forget, Rilliet und Barthez.

In dem einen von Murchison's Fällen, den er detaillirt gibt, bestand auch Regurgitation von Flüssigkeit beim Schlingen und Larynxaffection.

Ferner tragen solche Fälle bei zur endgiltigen Klärung der hochwichtigen Frage, was wir denn eigentlich unter Diphtherie verstehen, und wie weit wir denselben Begriff auf gewisse gefährliche Formen von Angina membranacea ausdehnen dürfen, wie sie bei continuirlichen Fiebern, besonders bei Scharlach vorkommen.

Neuerdings kommt man allgemein zu der Erkenntniss, dass das einzig Entscheidende in dieser Hinsicht der Befund der Löffler'schen Bacillen ist. Kein klinisches Symptom gibt auf die oben erwähnten Fragen befriedigende Antwort. Weder die Albuminurie, noch die Schwellung der Cervicaldrüsen, noch die Localität oder der Ausgangspunkt der Membranen, weder das Aussehen des Rachens noch der allgemeine Habitus und Zustand des Patienten hat hier entscheidenden Werth.

Der einzige Ausweg aus diesen Schwierigkeiten ist ohne Zweifel strenge Restriction des Terminus Diphtherie auf die durch die Löffler'schen Bacillen verursachte Affection.

Jedenfalls gibt es verschiedene Formen membranöser Anginen und auch andere Erreger dieser Zustände.

Wünschenswerth wäre es, dass allgemein das bewunderungswürdige System des New-Yorker Gesundheitsamtes adoptirt würde, welches in zahlreichen Depôts, die jedem Arzt zur Verfügung stehen, Culturtuben aufstellen lässt, die dann jeden Nachmittag abgeholt und am folgenden Vormittag bacteriologisch untersucht werden, so dass die Diagnose noch vor 12 Uhr Mittag dem betreffenden Arzt, sowie dem Sanitäts-Inspector des Districts per Post zugestellt wird.

Von Umständen, die membranöse Entzündung veranlassen, sind insbesondere zu erwähnen:

1. Thermische Reizung: Bei Verbrennungen sieht man öfters die Oberfläche mit einer «diphtheritischen» Membran bedeckt.

2. Chemische Reizung und zwar durch anorganische Substanzen, insbesondere Ammoniak, und organische, wohin die verschiedenen Toxine der Mikroorganismen gehören. Hier sind wieder als Erreger zu unterscheiden:

I. Coccen (Scharlach und die anderen Formen von Angina membranacea).

II. Bacillen (Diphtherie).

Klinisch bestehen zwischen den bacillären und den durch Coccen erregten Formen bedeutende Differenzen. Während erstere sehr infectiös sind, scheinen sich die letzteren selten von einem Patienten auf den anderen zu übertragen.

Auch in Bezug auf die Mortalität bestehen erhebliche Unterschiede.

Die ganzen obigen Erwägungen stellen die vielfachen Bemühungen der sogenannten specifischen Curen der Diphtherie, wie sie heute an der Tagesordnung sind, in ein eigenthümliches Licht. Denn es ist klar, dass eine Behandlungsstatistik solange nicht von wahrem Werth sein kann, als wir nicht wissen, was es ist, das wir behandeln. V.

Gangolphe: Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper im Oesophagus (Portio thoracica). (Lyon médical. 1895. Nr. 3.)

Ein 47jähriger Irrsinniger verschluckte einen grossen Kieselstein. Er konnte danach nicht einmal einen Tropfen Flüssigkeit schlucken, hatte aber sonst keine bedrohlichen Symptome. Drei Tage später wurde, als sich alle Extractionsversuche an dem 21 cm hinter dem Zahnbogen sitzenden Fremdkörper vergeblich erwiesen hatten, die Oesophagotomia gemacht. Der extrahirte Fremdkörper war ein glatter Kieselstein, 4·5 cm lang, 3 cm breit und 13 mm dick. Sein Umfang betrug 115 mm. In seiner Umgebung war die Speiseröhre stark entzündet. Die Wunde wurde offen gelassen, eine Schlundsonde eingeführt und locker tamponirt. Der Kranke wurde durch die Sonde ernährt. Nach drei Wochen wurde die Sonde entfernt, der Kranke noch eine Zeit lang mit einer durch die Nase eingeführten Sonde ernährt und endlich konnte er wieder in normaler Weise selbst essen. Die Narbe war linear nirgend adhärent. Keine Deformität am Halse.

Es scheint, dass bei den bisher operirten Fällen der Oesophagus immer seine normale Function wiedergewinnt, ohne dass narbige Schrumpfung eintreten würde. Gewöhnlich, auch in dem vorliegenden Falle, schrumpft die vor der Operation hyperplastische Thyreoidea nach derselben wesentlich, offenbar in Folge der Abbindung der Art. thyr. inf. Sodann gibt Gangolphe einen Ueberblick über die verschiedenen Operationsverfahren je nach der Höhe des Sitzes des Fremdkörpers.

Die meisten wird man wohl mit der Oesophagotomie am Halse erreichen, in manchen Fällen, wo der Fremdkörper 30 cm und mehr tief sitzt, mache man nach Richardson eine Gastrotomie und versuche den Fremdkörper von unten her zu extrahiren. Das Verfahren von Quénu und Hartmann, welche den Oesophagus durch eine linksseitige Thorakectomie angehen, erscheint weniger ansprechend. Nach Richardson könnte man in verzweifelten Fällen durch Oesophagotomie- und Gastrotomiewunde gleichzeitig bimanuell eingehen; endlich möge man noch die Verschieblichkeit des Oesophagus in verticaler Richtung bedenken, durch welche es möglich wird, sehr tief sitzende Fremdkörper durch Zug so weit emporzuheben, dass sie der Extraction zugänglich werden. K.

K. Rychlinski: Ueber die schlaferzeugende Wirkung des Trionals. (Neurologisches Centralblatt Nr. 1, Januar 1895).

Verf. theilt 14 Fälle von Nerven-, hauptsächlich aber von Geistesstörungen mit (1 Fall von Neurasthenia cerebro-spinalis, 2 Hysteria, 1 Paranoia acuta, 1 Psychosis puerperalis, 1 Psychosis periodica, 2 Paranoia chronica, 1 Amentia, 1 Psychosis epileptica, 1 Lues cerebri, 1 Paralysis progressiva, 1 Dementia secundaria und 1 Laesio cerebri organica), wo er wegen des prädominirenden

Symptoms — der stark ausgeprägten Schlaflosigkeit — die Wirkung des Trionals ausprobirte. Er führte seine Beobachtungen in der Weise durch, dass er vor der Darreichung des Schlafmittels während seiner Wirkung und nach dem Erwachen des Kranken den Puls sphygmographisch untersuchte. In entsprechenden Zeitintervallen ersetzte er dieses Mittel durch Sulphonal, Chloralhydrat und Duboisinum sulphuricum, um ein vergleichendes Bild der Wirkung dieser Schlafmittel zu gewinnen.

Aus seinen Untersuchungen geht hervor, dass Trional sogar bei jahrelang (mit Unterbrechung) dauernder Schlaflosigkeit schon in Dosen von 0·5—1·0 gr, ohne Kopfschmerz zu verursachen, wirken kann, wo Chloralhydrat und Sulphonal gänzlich ohne Effect bleiben, oder nur in zwei- oder dreifachen Dosen einen viel kürzeren Schlaf erzeugen. In einigen Fällen wurden die Dosen bis auf 1·0 vergrössert. Von den 14 wurden nur in 2 Fällen (Psychosis epileptica, Paralysis progressiva) sehr grosse Dosen — bis 4·0 — Trional nöthig, um einen ununterbrochenen Schlaf von 8—10 Stunden herbeizuführen, und gerade in diesen Fällen wirkten Sulfonal und Chloralhydrat sogar in kleineren Dosen besser (2·0—3·0).

Das Trional, in heisser Mich oder heissem Thee verabreicht, erzeugte gewöhnlich einen circa achtstündigen Schlaf binnen einer halben Stunde, doch folgte manchmal seine Wirkung langsamer, erst nach zwei Stunden. Mehrere Male hielt die Wirkung des neuen, ausgezeichneten Schlafmittels sogar während zwei Nächten an, doch gewöhnlich war dies erst der Fall bei Anwendung grösserer Dosen (bis 3·0). In einem Falle mit Insufficientia mitralis erwies dies Mittel keinen schädigenden Einfluss auf das Herz, worüber der Verfasser aus dem Vergleiche der sphygmographischen Curven vor, während und nach der Wirkung des Trionals sich überzeugt hat.

Obgleich die Zahl der beobachteten Fälle, wie der Verfasser selbst betont, zu gering ist, um einigermassen sichere Schlüsse aus ihnen ziehen zu können, so ist dennoch dieser Beitrag zur Therapie des Trionals, da er mit andern einschlägigen Arbeiten übereinstimmende Resultate liefert, nicht ohne Bedeutung.

Tagesnachrichten und Notizen.

* K. k. Gesellschaft der Aerzte. In der unter dem Vorsitze des Prof. v. Dittel, am 1. März abgehaltenen Sitzung, wurden vorerst die Vorschläge für die Wahl neuer Mitglieder vorgelegt. Sodann unterbreitete der Vermögensverwalter Dr. Spitzmüller den finanziellen Bericht über das abgelaufene und das Präliminare des kommenden Jahres. Die Vermögensverhältnisse der Gesellschaft sind nach dem Vortragenden schlecht und es wird kaum das Auslangen gefunden werden können. Der Vermögensverwalter, welcher sein Amt zurücklegt, erklärt, dass eine Vermehrung der Einnahmen unthunlich, das Contrahiren von Schulden zur Bestreitung der laufenden Ausgaben absolut verwerflich und demgemäss nur eine Beschränkung der Ausgaben, eventuell in Hinsicht auf das Organ der Gesellschaft, möglich sei. Der Vorsitzende theilt mit, dass er diesen Antrag statutengemäss dem in der nächsten Zeit neu zu wählenden Verwaltungsrathe zur Vorberathung überweisen werde. Nach dem vom Bibliothekar erstatteten Berichte wurde schliesslich über einen Antrag Prof. Obersteiner's, die Aenderung der Bibliotheksordnung betreffend, berathen und nach kurzer Debatte ein Vermittlungsantrag des Verwaltungsrathes angenommen, dahingehend, dass einzelne Bände (gebunden) von Archiven, Zeitschriften etc. auf vier Tage verliehen werden können.

Vom k. k. Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes am 9. Februar d. J. wurde der Besetzungsvorschlag für eine im Stande der Wiener k. k. Krankenanstalten erledigte Stelle eines ordinirenden Arztes erstattet. Hierauf wurde aus Anlass einer von einer k. k. Gerichtsbehörde in Wien eingelangten Mittheilung über einen Todesfall, welcher sich durch Explosion von Benzindämpfen bei Räumung eines Canales zugetragen hatte, die erforderlichen sanitätspolizeilichen Massnahmen in Erwägung gezogen, um den Gefahren zu begegnen, welche sich durch das verbotswidrige Einbringen von feuergefährlichen Stoffen in Abort- oder Canalräume, insbesonders bei der Vornahme von Canalarbeiten ergeben. Nebst der strengen Handhabung des Verbotes, feuergefährliche Stoffe, wie Petroleum-, Benzinrückstände, in die gedachten Orte zu entleeren, wurde auf die Unstatthaftigkeit der Einschaltung von grubenartigen Vertiefungen (Rattenbassins) in der Bahn der Canäle aufmerksam gemacht, da sich in denselben bedenkliche Sinkstoffe anhäufen, und wurde die Anordnung als nothwendig bezeichnet, dass die Ausführung von Arbeiten in Canälen bei künstlicher Beleuchtung nie unter Benützung offenen Lichtes, sondern von Sicherheitslampen erfolge. In der Sitzung vom 23. Februar d. J. nahm der Oberste Sanitätsrath die Mittheilung des Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. Ritter v. Kusy entgegen, dass sich zur Zeit kein Cholerakranker mehr in Galizien und sonach im Gebiete der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder befinde, und die Choleraepidemie sonach als erloschen anzusehen sein dürfte. Nach Mittheilung der Einläufe und zahlreicher eingelangter wissenschaftlicher Werke durch den Vorsitzenden kamen nachstehende Verhandlungsgegenstände zur Erledigung: 1. Gutachten über die Modalitäten, unter welchen die Einsendung von Untersuchungsobjecten an das k. u. k. Militär-Thierarznei-Institut behufs experimenteller Constatirung des Bestandes der Wuthkrankheit (Lyssa) bei getödteten Thieren stattgefunden habe. 2. Gutachten in einer Recursangelegenheit betreffend ein von der politischen Behörde erlassenes Verbot der sanitätswidrigen Ablagerung von Unrathstoffen zum Zwecke der Düngung von Grundstücken in nächster Nähe einer grossen Heilanstalt. 3. Gutächtliche Aeusserung über beantragte und nothwendige Einrichtungen, welche zur Vermeidung der Beförderung von Infectionskranken im Eisenbahnverkehre, sowie bei unausweichlichen Transporten derselben in Heilanstalten zum Zwecke operativer und anderweitiger unentbehrlicher Hilfeleistungen stattfinden. Nach Feststellung allgemeiner Grundsätze wurde das epidemiologische Comité des Obersten Sanitätsrathes mit der Vorberathung der im speciellen Falle zu beobachtenden Massnahmen betraut. 4. Erstattung eines Fachgutachtens, inwiefern die Schwefelung des Grünmalzes behufs Conservirung desselben für den Export vom sanitätspolizeilichen Standpunkte als zulässig zu erachten sei. Der Oberste Sanitätsrath sprach sich dahin aus, dass der Schwefelung des Grünmalzes zum gedachten Zwecke ebenso wie jener des Hopfens mit Rücksicht auf die weitere Verwendung desselben sanitäre Bedenken nicht entgegenstehen, wenn lediglich arsenfreier (sicilianischer) Schwefel zur Verwendung kommt.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Die Habilitation des Dr. Jul. Schnitzler als Docent für Chirurgie wurde vom Unterrichtsministerium bestätigt.

* Die in Oesterreich eingeleitete Sammlung für das in Paris zu errichtende Charcot-Denkmal ist abgeschlossen worden. Dieselbe hat die Summe von 1559 Francs ergeben. Der genannte Betrag ist an den Schatzmeister des Comités, Verlagsbuchhändler Masson in Paris, abgesendet worden.

† Der sehr verdienstvolle inspicirende Amtsarzt, Bezirksarzt Dr. Cassina, welcher im Vorjahre wesentlich zur Tilgung der Cholera in Zaleszczyki beigetragen hatte, ist in Lemberg an Flecktyphus, welchen er sich in Ausübung seines Berufes zugezogen hatte, gestorben.

* Glasgow. G. B. Buchanan, welcher im Vorjahre Studien halber in Wien weilte, wurde zum Assistenten der chirurgischen Klinik, sowie zum Extra Dispensary surgeon an dem Western Hospital ernannt.

* Cholera-Nachrichten. Seit 19. Februar l. J., an welchem Tage in Duliby, im Bezirke Buczacz, die letzten zwei in Behandlung gestandenen Cholerakranken genesen sind, blieb Galizien frei von Cholera.

Verantwortlicher Redacteur: Ferdinand Krähmer. Verlag von Alfred Hölder in Wien. Druck von M. Engel & Söhne in Wien.